



**Ana Cristina Pereira
Correia**

RASTREIO DE ABUSO NA PESSOA IDOSA



**Ana Cristina Pereira
Correia**

RASTREIO DE ABUSO NA PESSOA IDOSA

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica, Prof. Dr. José Ignacio Guinaldo Martín, Professor Auxiliar Convidado do departamento, Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

Agradecimentos

Ao Senhor Professor Doutor Ignácio Martín por toda a ajuda e dedicação que ao longo destes meses demonstrou, guiando sempre toda a pesquisa e orientando todo o meu percurso.

Aos meus colegas Lúcia, Pinto e Susete por toda a ajuda, empatia, partilha, pelos momentos bons e menos bons mas ultrapassados sempre com muita energia, cresci com vocês. Lúcia nunca irei esquecer o que passamos. À Mafalda, Paula e Eunice pela partilha e ajuda também.

Aos meus pais que sempre foram os pilares na minha vida, e que depositaram em mim toda a confiança e ajuda imensurável, que sempre disseram “tu consegues”, que nos momentos mais difíceis se revelaram sempre os meus heróis.

A todos os meus familiares e amigos que desde sempre me acompanharam e me apoiaram nos momentos em que mais precisei, eles sabem que mesmo ocupada com este projecto nunca deixei de estar presente. Obrigada em especial a Anita, Isabel, Maria José e Marisa, pelo esforço de me ajudarem. A ti Marco, porque tudo muda mas o que marca fica e foste um amigo que me acompanhou e muito me aturou neste trajecto. À minha irmã Margarida pela disponibilidade e ajuda que sempre me deu.

A ti Márcio, por não estar tão presente, como queria...

Ou seja a todos que todos os dias me fazem sorrir, um muito, muito obrigada.

o júri

Presidente

Prof. Doutor Eugénio Santana Franco
Professor Adjunto da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Vogais

Prof.^a Doutora Maria Ester Vaz da Silva (arguente)
Professor Adjunto Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão do Instituto Politécnico do Porto

Prof. Doutor José Ignacio Guinaldo Martín (orientador)
Professor Auxiliar Convidado. Secção Autónoma de Ciências da Saúde.
Universidade de Aveiro

palavras-chave

Rastreio, Pessoas Idosas, Abuso

resumo

O abuso da pessoa idosa é um grave problema social, e difícil de identificar. Sendo evidente a escassez de instrumentos validos para detectar abuso em protocolos mais amplos de rastreio junto com pessoas idosas, o objectivo deste projecto foi o de desenvolver instrumento com estas características. O instrumento denominou-se Questionário Breve de Rastreio de Abuso (QBRA).

Amostra: Foi realizada uma amostragem não-aleatória por cotas, constituída por 240 idosos, quer em contexto de cuidados de saúde primários (n=120) ou utilizadores de serviços comunitários (n=120). Faixa etária compreendida entre 75 e 94 anos.

Instrumento: O QBRA contempla a agressividade verbal, abuso físico e financeiro (em itens heteroadministrados), e dois itens (em itens codificados pelo entrevistador), e faz parte de um protocolo mais amplo de rastreio denominado RNAR_75.

Procedimentos: O tempo médio de aplicação do protocolo de rastreio RNAR-75, são 20-25 minutos, sendo que destes 2 minutos são para a avaliação de abuso. Foram garantidos os direitos de sigilo, confidencialidade e consentimento informados aos participantes do estudo.

Resultados: Um número significativo de pessoas (n=71) respondeu afirmativamente a um dos itens, agressividade verbal, abuso físico e abuso financeiro. Da análise consistência interna, verificou-se que os três itens heteroadministrados revelaram um *alpha de cronbach* de 0,3 (valor muito baixo), pelo que não se podem agregar numa escala única. Existe uma associação muito significativa entre as pessoas que responderam afirmativamente ao item de agressão verbal, com os que respondem positivamente nos itens de abuso físico e financeiro. De todos os factores de risco, a Escala de Gijón é a que apresenta um risco associado significativo ao facto deste identificar uma pessoa como agredida verbalmente [OR=1,34; %95 I.C.= 1,02-1,77], abusada financeiramente [OR=1,72; %95 I.C.= 1,32-2,23] e fisicamente [OR=1,72; %95 I.C.= 1,17-2,52], assim como ter um aspecto descuidado [OR=1,74; %95 I.C.= 1,32-2,26].

Conclusão: A avaliação do abuso em protocolos de rastreio pode ser dificultada devido ao facto que o abuso poder ser um construto multidimensionalidade mas a utilização de itens discretos para avaliar os diferentes abusos pode ser uma metodologia alternativa interessante à utilização de escalas extensas.

keywords

Screening, elderly, abuse.

abstract

The elderly abuse is a serious social problem, and difficult to identify. Given the evident lack of valid tools to detect abuse in wider screening protocols with the elderly, the objective of this project was to develop an instrument with these characteristics. The instrument is called Brief Questionnaire for screening of Abuse(QBRA).

Sample: We performed a non-random sampling quotas by consisting of 240 elderly, either in the context of primary health care ($n = 120$) or users of community services ($n = 120$). The age group was between 75 and 94 years old.

Instrument: The QBRA addresses the verbal aggression, physical and financial abuse (in items directly put by the interviewer), and two items (in items tagged by the interviewer), and it is part of a broader screening protocol called RNAR_75.

Procedures: The average time from application of the protocol of screening RNAR_75, are 20-25 minutes, 2 minutes of which are for the assessment of abuse. They were guaranteed the rights of secrecy, confidentiality and informed consent to participating in the study.

Results: A significant number of people ($n = 71$) responded affirmatively to one of the items, verbal aggression, physical abuse and financial abuse. From the analysis of internal consistency, it was found that the three items directly put by the interviewer showed a *alpha de cronbach* of 0.3 (very low), and it can not be aggregated into a single scale. There is a very significant association between people who responded affirmatively to the item of verbal aggression, with those who respond positively to items of physical and financial abuse. Of all risk factors, the scale of Gijón is the one that presents a significant risk to the fact that it identifies a person as verbally assaulted [OR = 1.34; 95% CI = 1,02-1,77], abused financially [OR = 1.72; 95% CI = 1,32-2,23] and physically [OR = 1.72; 95% CI = 1,17-2,52], and have a sloppy look [OR = 1.74; 95% CI = 1,32-2,26].

Conclusion: The assessment of abuse in screening protocols may be hampered due to the fact that abuse may be a multidimensional concept but the use of discrete items to assess the various abuses can be an interesting alternative approach to the use of large scales.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE ANEXOS.....	VII
ÍNDICE DE TABELAS.....	VIII
ÍNDICE DE SIGLAS.....	IX
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	3
1.Rastreio.....	3
2.Rastreio em Idosos.....	6
3.Rastreio de Abuso em Idosos.....	9
PARTE II ESTUDO EMPÍRICO.....	18
4.Objectivos e Estratégia de Análise.....	18
5.Metodologia.....	20
5.1.Amostra.....	20
5.2.Instrumentos.....	22
5.2.1.Questionário Breve de Rastreio de Abuso.....	22
5.2.2.Instrumentos associados factores de risco (incorporados no RNAR_75).....	25
5.3.Procedimentos.....	28
6.Resultados.....	30
6.1.Análise do Questionário Breve de Rastreio de Abuso.....	30
6.2.Análise dos Factores de Risco.....	32
7.Conclusões	36
7.1. Multidimensionalidade do Conceito de Abuso.....	36
7.2. Problemas Metodológicos Associados à Baixa Prevalência de Determinados Tipos de Abuso.....	36
7.3. Associação do Abuso com Diferentes Variáveis.....	37
7.4. Diferença com os Protocolos Existentes de Rastreio de Abuso da Pessoa	

Idosa.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	41
ANEXO 1	

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1- Protocolo de Rastreio RNAR_75.....	46
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I. Revisão de Instrumento.....	16
Tabela II. Análise Descritiva da Amostra.....	21
Tabela III. Instrumentos/Critérios de Exclusão.....	23
Tabela IV. Instrumentos de Medida do Abuso da Pessoa Idosa e dos Factores de Risco.....	24
Tabela V. Análise Descritiva das Variáveis Associada a Abuso.....	30
Tabela VI. Valores Cruzados e Matriz de Correlações Entre os Itens do QBRA.....	30
Tabela VII. Odd-ratios de Risco de Abuso Associados a Variáveis Sócio-Familiar....	32
Tabela VIII. Odd-ratios de Risco de Abuso Associados a Variáveis Sócio-Familiar....	32
Tabela IX. Odd-ratios de Risco de Abuso Associados a Variáveis de Vulnerabilidade Física e Psíquica.....	33
Tabela X. Regressão Logística Tipos de Abuso Relativos aos Factores de Risco.....	34

LISTA DE SIGLAS

AGA -Avaliação Geriátrica Ampla

APAV- Associação de Apoio à Vítima

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

QBRA - Questionário Breve de Rastreio Abuso

RNAR_75 - Protocolo de Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em Pessoas Idosas com 75 ou mais anos.

INTRODUÇÃO

No século XX, principalmente após a década de 50 ocorreu uma mudança na pirâmide etária mundial. Esta mudança faz com que o estudo do envelhecimento e da velhice seja foco de atenção (Benedetti *et al.*, 2008).

Assim, o desafio maior do século XXI será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos a maioria com nível sócio-económico e educacional baixos e uma alta prevalência de doenças crónicas e incapacitantes (Ramos, 2003) e nesta sequência de ideias, torna-se necessário incluir todas as formas de intervenção na sociedade, a partir da vigilância à saúde, da protecção e educação em saúde, tendo como parceiros a família, os profissionais e o estado (Paz *et al.*, 2006).

O abuso a idosos é um fenómeno complexo e que diz respeito à saúde pública (Fulmer, 2003) mas também um grave problema social (Wang *et al.*, 2007).

Em termos do conceito de abuso não existe uma uniformização na literatura, contudo, Neno e Neno (2005) apontam a possibilidade de abuso no idoso, vulnerável, quando este necessite ou venha a necessitar de cuidados da comunidade por motivos de incapacidade mental ou outra, doença ou idade avançada e que esteja ou venha a estar incapacitado para cuidar de si próprio. Eastman e Harris (2004) delimitam o conceito de abuso na pessoa idosa no contexto de cidadania, onde as pessoas idosas deveriam ser vistas como elementos activos da sociedade em vez de elementos frágeis e passivos, onde a existência de abuso é vista como uma violação dos seus direitos como cidadãos.

A falta de interesse pelo problema de abuso pode estar relacionada com uma escassez de instrumentos para detectar maus tratos, no entanto, a preocupação pelo abuso e maus tratos actualmente serviu como impulso para o desenvolvimento do rastreio e instrumentos de avaliação (Fulmer *et al.*, 2004).

O presente trabalho de investigação pretende abordar a temática de abuso em pessoas idosas, tratando-se da construção de uma metodologia de rastreio que contempla um Questionário Breve de Rastreio de Abuso (QBRA) em Pessoas Idosas. Este questionário faz parte de um protocolo de rastreio denominado Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em Pessoas Idosas (RNAR_75), protocolo de rastreio para a pessoa idosa, com idade igual ou superior a 75 anos, sendo o ponto de partida validar uma bateria de escalas que permitam classificar as pessoas idosas como “livre-de-risco” ou “em-risco” em cada uma das dimensões no protocolo. A escolha específica de cada escala teve por base uma

revisão da literatura internacional acerca das dimensões e escalas ou procedimentos mais utilizados nos procedimentos de rastreio em geriatria e gerontologia, e por outra, a melhor adequação cultural e contextual dos instrumentos à realidade portuguesa.

Com o projecto RNAR_75 pretende-se validar um conjunto de instrumentos que avaliem diferentes construtos como o Estatuto Sócio- económico, Comorbilidade, Funcionalidade, Humor, Cognitivo, Risco de Abuso e Indicadores Geriátricos, permitindo categorizar e comparar essas categorizações para a posterior gestão de casos e avaliação do tipo de cuidados que o indivíduo necessita (McDowell e Newell, 1996).

Resumindo, o presente estudo aprofunda uma revisão de estudos publicados sobre instrumentos de rastreio e avaliação de maus-tratos e abuso em idosos, bem como a criação de uma ferramenta que avalie o risco de abuso, entre pessoas com mais de 75 anos.

O projecto é dividido em duas partes; a primeira retrata o enquadramento conceptual, contemplando a revisão de arte sobre o rastreio, rastreio em idosos e rastreio de abuso em idosos. A segunda parte debruça-se no estudo empírico, com a definição dos objectivos e estratégia de análise, a metodologia, seguindo-se os resultados e por último as conclusões.

PARTE I- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. Rastreio

Desde as campanhas de saúde públicas para o rastreio à tuberculose há mais de 30 anos atrás, o rastreio tem sido largamente utilizado como uma técnica para a detecção de doenças escondidas entre uma população aparentemente saudável (Freer, 1985).

Em 1900, Gould introduziu o exame regular de saúde nos Estados Unidos da América, que estimulou o interesse no conceito do rastreio populacional. Na Grã-Bretanha, os anos da Guerra interna, houve o desenvolvimento do Pioneer Health Centre em Peckham, que serviu para a monitorização da comunidade local. Seguidamente em 1951 a Kaiser Permanent organization incorporou o rastreio como métodos no exame de saúde montou programas de rastreio em várias fases que foi concluído em 1969. Programas similares foram postos à prática na Alemanha Ocidental, Japão em 1970, Londres em 1973 (Mausner e Kramer, 2007).

Há várias definições formais de rastreio e estas variam de acordo com o facto de se referirem a testes ou programas e a indivíduos ou populações. Sendo que os programas de rastreio, têm como objectivo a redução do risco para o indivíduo que é examinado, baseado em provas concretas e de acordo com uma política e padrões pré-estabelecidos (Raffle e Muir, 2007).

Nos estudos de Nuffield de 1968 o rastreio era definido por McKeown como “uma investigação médica que não provém de um pedido de conselho por parte do doente devido a queixas específicas”, sendo que esta definição nos dias de hoje iria causar confusão, uma vez que muitos dos exames de rastreio, são o resultado directo de pedidos individuais devido à imensa publicidade acerca de testes de rastreio e riscos de doença. Nesta altura, a pessoa que requisita um teste de rastreio não tem um sinal ou sintoma específico, mas alguns argumentariam que a sua preocupação acerca do risco constituiria uma queixa. Isto é um exemplo prático de como os significados, utilizações e definições mudam com o tempo (Raffle e Muir 2007).

De acordo com a Commission on Chronic Illness dos Estados Unidos (1957, citado por Raffle Muir 2007) de que o rastreio pode ser definido como a presumível identificação de doenças ou defeitos ainda não reconhecidos através da aplicação de testes ou outros

procedimentos que podem ser aplicados rapidamente. Os testes de “screening” distinguem pessoas que estão aparentemente bem mas que provavelmente têm uma doença, daquelas que provavelmente não têm. Um teste de rastreio não é entendido como sendo um teste de diagnóstico. Pessoas que acusem algo nestes testes ou nas quais se descubra algo suspeito, devem ser encaminhadas para o seu médico para um diagnóstico correcto e para os tratamentos.

Por sua vez o US Journal of Medical Screening (Wald 1994, citado em Raffle Muir 2007) rastreio é a aplicação sistemática de um teste ou inquérito, para identificar indivíduos com risco suficiente de ter um distúrbio específico para beneficiar de investigações futuras ou de uma acção preventiva directa, entre pessoas que ainda não procuraram ajuda médica ou que tenham dado conta dos sintomas desse distúrbio, o National Screening Committee do Reino Unido (2000, citado em Raffle Muir 2007) rastreio é um serviço público de saúde no qual os membros de uma população que não sabem, necessariamente, que estão em risco de contrair ou já contraíram uma doença ou complicação e lhes é feito um teste ou uma questão, de modo a identificar os indivíduos mais susceptíveis de serem ajudados e não prejudicados por futuros testes ou tratamentos para reduzir os riscos de uma doença ou de complicações que lhe sejam inerentes.

Já Raffle e Muir (2007) definem rastreio como testar as pessoas que não têm ou não reconheceram os sinais ou os sintomas da doença que está a ser testada. Por outras palavras, acreditam que estão bem no que diz respeito à doença para a qual está a ser feito o rastreio, definindo como objectivo principal, reduzir o risco para o indivíduo com uma futura doença relacionada com o teste que lhe é feito ou dar informação sobre o risco que estes correm e não pode ser alterada. Abrange todo o sistema ou programa de acontecimentos necessários para alcançar uma redução dos riscos.

Actualmente, existem vários procedimentos baseados no conceito de rastreio, no entanto, segundo Nielsen e Lang (1999), estes podem causar alguma confusão. Conceitos como “diagnóstico”, “rastreio”, “detecção precoce”, “rastreio massivo”, “rastreio de rotina”, “rastreio individualizado” e “identificação de casos-problema”, são muitas vezes utilizados como semelhantes (Nielsen e Lang, 1999).

Existem três formas de prevenção escolhidas para melhorar a saúde. A prevenção primária refere-se à modificação dos factores de risco (Odgen, 2007) logo constitui o melhor meio de evitar doenças (Mausner e Kramer, 2007). A prevenção secundária refere-se a

intervenções conseguidas para detectar a doença num estado assintomático de modo a que o seu desenvolvimento possa ser parado ou retardado (Odgen, 2007) sendo que por prevenção terciária entende-se a reabilitação dos pacientes ou tratamentos de intervenção assim que a doença se tenha manifestado (Odgen, 2007).

Um programa de rastreio pode levar a dois tipos de resultados, o primeiro é a detecção de um risco de doença (rastreio primário) ou pode detectar a doença (rastreio secundário) (Odgen, 2007). Definindo-se o objectivo de um rastreio a identificação de pessoas que têm uma determinada doença ou estão em elevado risco de a vir a ter (Mausner e Kramer, 2007). Logo detectar um problema em estado assintomático (Odgen, 2007). Conclui-se que um programa de rastreio é produtivo, pela quantidade de doença até aí desconhecida que ele revela e permite tratar (Mausner e Kramer, 2007).

Os programas de rastreio têm assim como finalidade a redução de risco, sendo assim, pode-se definir o risco como produto social, cuja percepção é subjectiva e técnica (Veyret, 2007). A sociedade contemporânea é definida como sociedade do risco, considerado elemento central para tomada de decisão racional em face ao crescimento da incerteza na cultura. (Czeresnia, 2004). A noção de risco social está no centro do interesse da ideia de responsabilidade social (Costa, 2008). Identificar e reduzir riscos tornou-se um objectivo central da saúde pública, logo a gestão de riscos é nuclear ao discurso de promoção da saúde, que busca reorientar as estratégias de intervenção na área da saúde (Czeresnia, 2004).

2. Rastreo em idosos

A detecção estruturada de problemas geriátricos através de métodos de rastreo possibilita um cuidado geriátrico eficaz dentro da comunidade. (Mann *et al.*, 2004). Não obstante em contrapartida, constata-se que os instrumentos gerontológicos pouco estão explorados e utilizados no sistema de saúde (Freer, 1985).

Em 1935, no Reino Unido Dr^a. Marjory Warren, impulsionadora da Geriatria no Reino Unido, foi responsável pela chefia de um hospital que acolhia doentes crónicos, imobilizados e sem diagnóstico médico específico, caracterizados como incuráveis (Geriatrics Society, 2000). Durante 1936 a Dr^a. Warren reviu sistematicamente várias centenas de doentes internos, sendo que muitos dos pacientes eram idosos frágeis, e combinou-se o cuidado às suas necessidades através de um sistema de classificação. Fornecendo a reabilitação e o equipamento apropriado, atribuiu o número elevado de doentes crónicos, nesta enfermaria ao diagnóstico pobre, a uma falta da supervisão médica, ao insuficiente tratamento, a uma falta de trabalhos de equipa multidisciplinar e a uma ausência de reabilitação (Matheus, 1984). Aceitou este desafio novo criando a primeira Unidade Geriátrica no Reino Unido, baseou-o na avaliação detalhada e na reabilitação adiantada dos pacientes por uma equipa multidisciplinar. Com este método conseguiu que a maioria deles deixasse de ser imobilizados e muitos receberam alta do hospital. Como resultado do seu trabalho, ela passou a ser reconhecida como geriatra e passou a advogar que todo o idoso deveria receber uma Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), como objectivo de se planear a reabilitação antes de ser encaminhado para uma instituição de longa permanência (Matheus, 1984).

Os conceitos básicos e parâmetros utilizados actualmente na AGA evoluíram ao longo de setenta anos incorporando elementos do exame clínico tradicional, da avaliação realizada por assistentes sociais, da avaliação funcional realizada pelos especialistas em reabilitação, da avaliação nutricional e dos métodos de avaliação neuropsicológica. Ao incorporar os métodos de diversas disciplinas numa avaliação única e compacta, os geriatras criaram um meio prático e objectivo de ver a pessoa idosa como um todo (Costa e Monego, 2003). Com esta evolução, a Organização Mundial de Saúde (OMS) está a intensificar o desenvolvimento e a execução dos sistemas de vigilância simples, sustentáveis que podem ser usados em muitos ajustes diferentes em torno do mundo (Truelsen *et al.*, 2001).

Nesta linha de pensamento, o interesse moderno no Rastreio Geriátrico data da experiência de Rutherglen iniciada por Anderson e Cowan em 1992. Os estudos subsequentes têm demonstrado com raras excepções a existência de uma grande prevalência de problemas físicos, sociais e psicológicos não evidentes na população mais envelhecida (Freer, 1985; Mann, 2004), fazendo sobressair a necessidade de uma aproximação sistemática a uma detecção de problemas geriátricos (Mann *et al.*, 2004). No entanto, os benefícios de uma avaliação regular multidimensional de pessoas idosas permanece controverso. A maior parte dos inquéritos têm sido demasiado pequenos para fornecer dados que sirvam de base a uma política adequada (Fletcher *et al.*, 2002).

Segundo Freer (1985) o rastreio pode funcionar como uma prática preventiva e anticipatória dos problemas de saúde dos pacientes idosos.

As indicações para os possíveis benefícios resultantes de uma avaliação regular nas pessoas idosas já vem de alguns estudos pioneiros realizados há já algumas décadas atrás no Reino Unido, que encontraram elevados níveis de problemas ainda não detectados em pessoas idosas e deu mais relevância à necessidade de uma aproximação sistemática para detecção de problemas. (Fletcher *et al.*, 2002). Exemplo disso, são os dois estudos realizados na Áustria e no Reino Unido. No Reino Unido realizou-se um dos maiores estudos internacionais, para examinar os benefícios de uma avaliação multidimensional de pessoas idosas na comunidade, onde participaram 33000 pacientes com idade igual ou superior a 75 anos, excluindo os que se encontram em lares de terceira idade ou com doenças terminais. Todos foram alvos de uma breve avaliação que cobriu todas as áreas de um exame para uma pessoa com 75 anos, sendo que de um modo geral todos os participantes receberam uma avaliação detalhada nos campos social e da saúde. Os principais benefícios deste estudo serão a nível da diminuição da mortalidade, as admissões em hospitais e instituições e a qualidade de vida (Fletcher *et al.*, 2002).

Outro estudo foi realizado na Áustria por Mann *et al.*, (2004) que englobava 115 pessoas com idade superior ou igual a 75 anos, cujo objectivo era implementar um instrumento para um estudo geriátrico multidimensional, sendo concebido para o uso nos consultórios geriátricos. Verificando-se que dos 14 problemas de saúde geriátricos foram identificados em média 6 em cada paciente e cerca de metade dos itens positivos dos testes levaram a que o médico tomasse outras medidas.

Segundo Freer (1985) o rastreio para pacientes com idade superior a 75 anos está para além dos recursos do Sistema Nacional de Saúde, o que enfraquece a prática do rastreio geriátrico, isto porque existem gastos implícitos, e teria que existir uma reformulação do atendimento das pessoas idosas em consultas, uma vez que a maioria dos inquéritos recorre a dados hospitalares (Fletcher *et al.*, 2002; Mann *et al.*, 2004) o tempo limitado de consulta e o reduzido número de assistentes nos consultórios podem causar problemas para a adopção deste estudo abrangente de geriatria. Assim, para o uso nos cuidados primários, este estudo deverá ser conciso, fácil de realizar e não exceder 30 minutos (Mann *et al.*, 2004).

Mas tendo em conta que o número e a proporção de pessoas de idade em muitos países está a aumentar, parece ser oportuna uma reavaliação do rastreio e de outras estratégias secundárias de prevenção usadas para reduzir o impacto de problemas de saúde na população idosa (Freer, 1985).

3. Rastreo Abuso nos idosos

Durante a década de oitenta utilizaram-se muitas definições para a negligência e maus tratos da pessoa idosa, contudo existe um reconhecimento generalizado de que estas definições carecem de clareza e precisão (Wolf, 1988). As definições e a terminologia sobre um abuso das pessoas idosas variam consideravelmente entre investigadores (Kleinschmidt, 1997).

Uma dificuldade evidente constitui o facto de que os investigadores focaram o abuso da pessoa idosa desde diferentes perspectivas, a vítima, o médico, o cuidador, a enfermeira, a assistente social, a política comunitária, em consequência existe uma falta de clareza (Glendenning, 1993).

Importa referir que para definir abuso temos que definir muitas vezes o cuidado adequado e apropriado. Os padrões da sociedade determinam “tratamento normal e razoável”, e não existem nenhuns padrões uniformes respeitantes a maus tratos (Fulmer *et al.*, 2004).

Como refere Alves (2004) existem várias propostas de definição e, portanto, de identificação do abuso. As propostas mais extensamente divulgadas são aquelas que permitem uma identificação legal dos maus-tratos, com vista, possivelmente, à defesa das vítimas e à penalização dos abusadores, por isso, se pode defender que a maioria das definições e diferenciações dos vários tipos de abuso seguem propósitos mais pragmáticos do que conceptuais.

O abuso a pessoas idosas é um fenómeno mais recente que outros tipos de abuso, como o dirigido à mulher ou a crianças, sendo reconhecido como um problema médico e social há apenas três décadas (Gonçalves, 2006). Assim, no âmbito do estudo da violência no seio da família, o abuso das pessoas idosas foi o último a ser contemplado como uma questão de saúde pública (Paixão *et al.*, 2007). Enquanto, o abuso da criança recebeu significativa atenção em 1960 e a violência doméstica 1970, o abuso contra a pessoa idosa não foram descritos até 1975 (Kleinschmidt, 1997). Também é importante referir que a probabilidade de os adultos idosos visitarem um profissional de saúde é duas ou três vezes superior à das crianças, mas a identificação de adultos abusados ou em risco, em conjunto com a intervenção em muitos casos, pode ser feita num ambiente de prestação de cuidados (Fulmer *et al.*, 2004).

Segundo diferentes autores (Paixão e Reichenheim, 2006; Jeffrey e Levine, 2003) existem sete tipos de violência relativamente ao (1) *abuso físico ou maus tratos físicos* concerne ao uso de força física, potencialmente produtor de uma injúria, ferida, dor ou incapacidade; (2) *abuso ou maus tratos psicológicos* envolve agressões verbais ou gestuais com o objectivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringindo sua liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social; (3) a *negligência* é a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima; (4) porquanto a auto negligência é conceituada como conduta da pessoa idosa que ameaça a sua própria saúde ou segurança, com a recusa ou o fracasso de prover a si mesma um cuidado adequado; (5) o *abandono* é descrito como ausência ou deserção, por parte do responsável, dos cuidados necessários às vítimas, às quais caberia prover custódia física e cuidado; (6) *abuso financeiro* aos idosos ocorre quando há exploração imprópria ou ilegal e / ou uso não consentido de seus recursos financeiros; (7) por fim, o *abuso sexual* seria acto ou jogo sexual, em uma relação hétero ou homossexual, visando estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Segundo Lachs e Pillemer (2004) relativamente a factores de risco têm sido feitos progressos, ao longo da última década no que diz respeito à identificação de factores de risco de abuso da pessoa idosa, apesar de ainda estar em fase embrionária e ainda ser necessária mais investigação sobre este tema.

Os factores de risco associados ao abuso da pessoa idosa segundo Tortosa (2004), são os problemas económicos, violência familiar, comportamento cultural, isolamento social, conflito conjugal, higiene, falta de apoio familiar, institucionalização, sendo apontados como factores de risco para a vítima pelo mesmo autor o estado precário de saúde, alterações cognitivas, abuso de substâncias ou enfermidade do cuidador, o agressor depender da vítima, coabitação, factores que causam stress, isolamento social, história de violência.

Diferentes autores (Alves, 2006; Lachs e Pillemer, 2004; Paixão e Reichenheim, 2006; Tortosa, 2004) apontam como mais relevantes os seguintes factores, (1) a situação de casa partilhada, pois as pessoas que vivem sozinhas têm um menor risco, sendo explicado pelo aumento de oportunidades de contacto, aumentando assim a tensão e conflito, realçando neste factor o abuso financeiro, no qual grande maioria das vítimas vive sozinha; (2) outro factor é a questão de pacientes que sofram de demência revelam taxas mais elevadas de

abuso físico, um mecanismo provável é uma taxa elevada de comportamentos agressivos e de ruptura dos pacientes, que são a maior causa de stress para quem cuida destas pessoas, e isso pode levar a uma retaliação. Os prestadores de cuidados, que também podem eles próprios ser idosos e frágeis, podem ser vítimas de agressão por parte de doentes com demência; (3) o isolamento social também identificado como factor de risco pois é uma característica de famílias onde ocorre violência doméstica, o abuso de idosos apresenta um padrão idêntico, em que as vítimas serão mais provavelmente afastadas de amigos e familiares (para além da pessoa com quem estão a viver) do que os idosos que não sofrem este tipo de abuso. O isolamento social pode aumentar o stress familiar, elevando o risco de abuso. Para além disso, os comportamentos que não são legítimos são escondidos; a presença de outras pessoas pode levar a uma intervenção e a sanções; (4) as características patológicas dos agressores, em particular doenças mentais e o abuso de álcool, Vários estudos demonstraram que um historial de doenças mentais é mais comum entre aqueles que cometem abusos contra idosos do que na população em geral; (5) sendo apontada também a depressão como sendo uma característica comum àqueles que abusam de pessoas idosas e (6) por último as pessoas que abusam de idosos tendem a ser muito dependentes dos idosos que maltratam. O abuso é muitas vezes consequência de tentativas feitas por familiares (especialmente filhos já adultos) de modo a obterem algum tipo de recurso financeiro da vítima. Podemos ainda dizer que já foram identificadas situações em que as relações familiares tensas e hostis são mantidas devido a um filho ou uma filha que se recusa a sair de perto dos pais para assim não perder o apoio financeiro a que está habituado. Apesar de os factores referidos serem apontados como os mais relevantes Lachs e Pillemer (2004) referem que outros factores devem ser averiguados também, a incapacidade física da pessoa de idade pode ser um factor de predisposição para o abuso, uma vez que diminui a capacidade do indivíduo para se defender de uma situação de abuso, no entanto não existe um consenso sobre a sua relevância. Para além disso, a dependência de uma pessoa de idade do seu prestador de cuidados e o stress daí resultante não foram considerados como factores de previsão de abuso de idosos na maioria dos estudos que tiveram lugar até à data. A transmissão intergeracional de comportamentos violentos (o ciclo da violência) é um factor de risco plausível, dado o papel importante que a experiência de violência durante a infância tem no abuso de crianças e noutros

comportamentos agressivos. No entanto, ainda não foi feito nenhum estudo que confirme essa mesma relação com o abuso de idosos.

Apesar de não haver uma visão clara na literatura acerca dos factores de risco, a responsabilidade de identificar o abuso das pessoas idosas recai com frequência nos profissionais de saúde (Fulmer *et al.*, 2004). Trata-se de um problema subdiagnosticado e subnotificado (Gonçalves, 2006). Como não é reconhecido nem relatado, é crucial a detecção do abuso real ou suspeita de casos de abuso de idosos e uma eficaz intervenção para ambos, os abusados e os abusadores (Utley, 1999).

“The National Elder Abuse Incidence Study”(1997) NEAIS estimou que em 1996 houve 450 000 novos casos de abuso ou negligência, número que sobe para 551 000 se forem contabilizados os casos de autonegligência.. Dyer & Rowe (1999) apontam para uma expectativa de abuso entre os 3% e os 5% em estudos no Reino Unido e Canadá. No Reino Unido, a prevalência de abuso numa amostra nacionalmente representativa de 589 pessoas de mais de 60 anos foi de 5,6% para o abuso verbal, 1,7% para o abuso físico e de 1,5% para o abuso financeiro (Ogg e Bennett, 1992). Segundo Fulmer *et al.*, (2004) desde os finais da década de 70, a prevalência de maus tratos determinou que isto afectava 1.3% a 5.4% da população idosa e foram desenvolvidos um número variado de instrumentos, protocolos, e directrizes para ajudar os profissionais de saúde no rastreio, na detecção e avaliação dos maus tratos.

Embora o desenvolvimento do rastreio e dos instrumentos de avaliação bem como das directrizes tenha sido importante para os médicos identificarem vítimas suspeitas de sofrerem maus tratos, a complexidade do assunto tem implicado que até os instrumentos mais bem concebidos são problemáticos.

Em Portugal não há estudos populacionais que permitam estimar a magnitude deste problema (Gonçalves, 2006). Em Portugal, segundo Alves (2004) num relatório do Provedor de Justiça (2002) acerca da utilização da linha do cidadão idoso nesse ano, ficamos a saber que das 3273 chamadas recebidas nesse ano, 132 diziam respeito a situações de abandono de idosos. Além disso houve 116 chamadas que disseram respeito a “consulta jurídica” e 241 a “informação jurídica”. É possível que algumas destas chamadas de “informação” ou “consulta” jurídica pudessem ter a ver com maus-tratos mas o relatório não nos permite ser conclusivos sobre isso. Poderá ser relevante mencionar que houve 105 chamadas que “caíram” na categoria “solidão”. É possível igualmente que algumas destas

chamadas pudessem estar relacionadas com situações de negligência. Estimativas sobre o abuso em idosos são difíceis de obter devido ao carácter frequentemente velado do problema. Essa subnotificação associa-se, muitas vezes, à solidão, ao isolamento e à tendência dos indivíduos idosos não relatarem as suas adversidades (Paixão e Reichenheim, 2006). Segundo Alves (2006), embora possa haver dúvidas sobre a prevalência do fenómeno em Portugal, não há qualquer dúvida de que em todos os países em que o fenómeno foi estudado a sua prevalência tem uma dimensão importante.

Segundo dados da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2008) verificou-se um aumento de 20,4% do total de pessoas idosas vítimas de crimes entre as pessoas atendidas. De 545 vítimas registadas em 2006, observaram-se 656 vítimas em 2007, sendo a maioria mulheres. A nível concreto de maus-tratos físico e psíquicos houve também um aumento nestes últimos anos.

Rastreo para potenciais situações de abuso, é fornecer cedo uma intervenção que possa prevenir situações de abuso. O aumento do reconhecimento e uma intervenção precoce promove a saúde e qualidade de vida de muitos idosos vítimas de abuso (Utley, 1999).

Considerando-se a indicação cada vez mais presente na prática geriátrica de uma abordagem ampla ao idoso, que vá além da pura investigação de sinais e sintomas clínicos, parece possível e interessante incorporar a primeira avaliação e o atendimento do idoso que é vítima ou está envolvido em maus-tratos nesta abordagem geriátrica global (Paixão *et al.*, 2007). Sendo fundamental por este facto a definição de critérios de avaliação para maus tratos, uma vez que a responsabilidade na identificação dos maus tratos frequentemente recai nos profissionais de saúde, no entanto existe a falta de preparação dos mesmos para desempenhar. (Fulmer *et al.*, 2004). Isto porque, são ainda poucas as evidências sobre como se deve suspeitar ou reconhecer efectivamente a presença de violência doméstica, e também são raros os profissionais de saúde que activamente rastreiam pacientes que não possuam alguma lesão aparente (Paixão *et al.*, 2007). Mas coloca-se aqui, segundo Lachs e Pillemer (2004) a questão, de que as pessoas idosas aparentemente sem sinais externos de abuso, devam ser analisadas em termos de serem ou não abusados. As directrizes da American Medical Association sobre abuso de idosos sugerem que a todos os pacientes externos fosse feito um rastreo para a violência familiar. Pelo contrário, a Preventive Medicine Task Force concluiu que não havia provas suficientes quer a favor, quer contra um screening para a violência familiar em pacientes externos de qualquer idade e a

Canadian Task force chegou a uma conclusão semelhante. Segundo Charles e Freer (1985), um dos critérios dos programas de rastreio é haver uma fase assintomática ou sintomática precoce – no entanto é difícil de satisfazer para um rastreio geriátrico. Isto porque, muitos dos problemas experimentados pelos indivíduos acima dos 65 ou 75 anos de idade não são tão facilmente definidos ou identificados. Quando os problemas de saúde, existem, frequentemente ocorrem juntos e são ocultados pelo processo de envelhecimento, e as características variam de acordo com a gravidade, o tempo e a sequência de indivíduo para indivíduo.

No que concerne à denúncia de situações de abuso, um auto-relato não pode ser a única base para a identificação e tratamento de casos. Embora exista um estudo que diz que os adultos idosos fazem as denúncias quando são vítimas de maus tratos, outros estudos desmentem estes dados (Fulmer *et al.*, 2004).

Embora alguns idosos escolham não participar os maus tratos, muitas vítimas são frágeis, estão isoladas socialmente, são um pouco incapacitadas a nível cognitivo, e não estão particularmente empenhadas em cuidar de si próprias (Lachs e Pillemer, 2004). Ainda mais constrangedor, é o facto de não haver um teste universal e consensual que defina o que o abuso da pessoa idosa, e a acessibilidade limitada a uma potencial vítima que esteja enclausurada sendo que esse facto pode evitar um teste definitivo (Lachs e Pillemer, 2004). Consequentemente, as directrizes para a detecção e referenciação dos casos de maus tratos são imperativas. Uma vez que os profissionais de saúde podem desenvolver critérios de avaliação física que ajudam a delinear “idade, de doença, de negligência,” é importante que eles desempenhem um papel activo neste assunto (Fulmer *et al.*, 2004).

Existe segundo Fulmer *et al.* (2004) um consenso generalizado de que uns instrumentos apropriados, conceptualmente consistentes e psicométricamente importantes são cruciais se quisermos mostrar algum progresso na prática e na pesquisa desta significativa preocupação ao nível da saúde. A totalidade da variedade e da especialização dos atributos dos instrumentos correntes contribuem para a dificuldade em encontrar uma medida de comparação de qualidade ou quantidade deste fenómeno. É imperativo que os instrumentos psicometricamente fiáveis sejam desenvolvidos para serem usados numa variedade de circunstâncias e ambientes. Partindo desta ideia, numa fase inicial, foi necessário rever os instrumentos de avaliação já existentes na literatura e examinar a evolução neste campo

para o rastreio de abuso contra a pessoa idosa. Existem dois artigos muito explícitos de acordo com esta temática, que são; de Fulmer *et al.* (2004) e Reichenheim e Paixão (2006). Após a análise dos artigos, delineou-se um quadro síntese, que teve em conta as propriedades psicométricas documentadas, o número de itens, o grupo avaliado e os comentários que se consideraram pertinentes, e estruturou-se a Tabela I.

Tabela I. Revisão de Instrumentos

Instrumentos	Psicometria Documentada	Itens	Grupo Avaliado	Comentários
Akron General Medical Center Geriatric Abuse Protocol Jones J et al., (1988)	Sn	46	Vit.	Sem evidência de validade e fiabilidade
AMA Assessment Protocol Ama (1992)	Insuf	Lista de verificação se houver suspeita de abuso	Vit.	Depende da eficácia clínica; todos os ambientes clínicos
Brief Abuse Screen for the Elderly(BASE) Reis M et al. (1998)	Adeq	5	Vit/Cuid	Screen rápido adequado a serviços de urgência ou a doentes externos
Carer Abuse Assessment Protocol for Nurses Davies M. (1997)	Sn	41	Cuid	Sem evidência de validade e fiabilidade
Case Detection Guidelines Rathbone-McCuan et al. (1982)	Insuf	8	Vit./Cuid.	Direccionado a médicos com pouca experiência em maus tratos a idosos; todos os ambientes clínicos.
Conflict Tactics Scale (CTS-1) Straus M. (1979)	Adeq	19	Vit.	Ambientes com doentes internos ou externos; questões sensíveis.
Elder Abuse Assessment Protocol for Nurses(EAPN) Davies (1993)	Sn	80	Vit.	Sem evidência de validade e fiabilidade
Elder Abuse Assessment TOOL (EAI-Fulmer) Fulmer T et al, (1984) (modificado em 1992,2000)	Adeq	42	Vit.	Requer treino, de fácil administração, adequado à prestação de cuidados em casa, hospital, serviço de urgência.
Elder Abuse and Neglect Protocol Tomita SK. (1982)	Insuf	Delineamento abrangente	Vit./Cuid.	Avaliação profunda e desenvolvimento de um plano de intervenção: para agências de serviços sociais
HALF Ferguson AD et al.(1983)	Sn	37	Vit/Cuid	Requer um historial social bastante longo; para todos os ambientes clínicos

Health Status Risk Assessment				
Health Status Risk Assessment (JOHNSON)	Sn	60	Vit.	Sem evidência de validade e fiabilidade
Johnson (1991)				
Hwalek- Sengstock Elder abuse Screening Test (H- S/EAST)	Adeq	15	Vit.	Screen rápido adequado a serviços de emergência ou a doentes externos
Hwalek et al.(1986)				
Indicators of Abuse Screen (IOA)	Adeq	40	Vit/Cuid	Requer entrevista aprofundada; ambiente não especificado, deve ser completado por profissionais após uma avaliação domiciliar cuja duração chega a 2 ou três horas.
Reis et al. (1998)				
QUALCARE scale	Adeq	40	Vit./Cuid.	Direccionado a profissionais de enfermagem na avaliação de idosos e seus cuidadores no domicílio. Avalia seis dimensões, violência física, cuidados médicos, psicossocial, ambiental, direitos humanos e financeira. Requer no mínimo duas visitas ao domicílio.
Phillips LR et al. (1990)				
Risk of Elder Abuse in the Home (REAH)	Insuf	34	Vit./Cuid.	Sem evidência de fiabilidade
Hamilton(1989)				
Screening Protocol for Identification of Abuse and Neglect (SCREENPROT)	Sn	38	Vit./Cuid.	Sem evidência de validade e fiabilidade
Screening protocols for the Identification of Abuse and Neglect in the Elderly	Insuf	18	Vit./Cuid.	Usado como um screening rápido; ambiente não especificado
Johnson (1981)				
Sreening Tools and Referral Protocol Stopping Abuse Against Older Ohioans: A Guide for Service Providers	Adeq	Combinação de vários instrumentos; inclui um protocolo de referência	Vit.	Toda uma série de medidas qualitativas e quantitativas por parte do médico que leva a uma percepção do quadro de abuso e violência; todos os ambientais clínicos
Bass (2000)				
Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)	Adeq.	12	Vit.	Concebido na Austrália, medida do auto-relato com quatro factores: vulnerabilidade, dependência, depressão e coação.
Schofield e Mishra (2002)				
Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa-Ministério da Saúde	Sn	14	Vit.	Instrumento desenvolvido em Porto Rico para avaliar possíveis situações de violência contra as pessoas idosas. Avaliação da Agressividade Verbal, Abuso Financeiro e Abuso Físico
Caderno de Atenção Básica (2006)				

Sn = sem resultados numéricos; Adeq = fiabilidade/validade de construto, critério ou análise factorial adequadas; Insuf = fiabilidade/validade de construto, critério ou análise factorial insuficientes; Vit=Vitima; Cuid.= Cuidador.

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

4. Objectivos e Estratégia de Análise

Com este projecto pretende-se, a avaliação de Rastreo de Abuso na Pessoa Idosa, que irá fazer parte de um instrumento global de rastreio para pessoas idosas vulneráveis com mais de 75 anos que as permita categorizar como “*Livre-de-Risco*” e “*Em-Risco*”, em cada uma das dimensões avaliadas, sendo que este objectivo está interligado com a aplicação de diferentes escalas sócio-económicas, comorbilidade, funcionalidade, humor, cognição, abuso de idosos, distúrbios nutricionais, polifarmácia, queda, incontinência urinária, obstipação, distúrbios sensoriais, distúrbios de sono e utilização serviços de saúde e sociais.

Cada escala do protocolo está relacionada com factores de risco de abuso uma vez que é necessária uma avaliação multidisciplinar, pois segundo diferentes autores a identificação dos maus tratos contra o idoso deve contemplar uma avaliação que utilize diversas fontes de informação (Paixão *et al.*, 2007), sendo que os esforços devem ser concentrados em instrumentos que possam ser usados em rastreios rápidos, breves e naqueles que podem ser usados para avaliações diagnósticas mais detalhadas (Fulmer *et al.*, 2004).

Foi necessária uma reflexão alargada e estruturada para chegar as questões do instrumento para a avaliação. A estratégia utilizada foi depois da revisão bibliográfica a nível internacional, e uma vez que nenhum instrumento se enquadrava no objectivo do protocolo global, RNAR-75, isto porque pretendia-se um conjunto pequeno de questões, de heteroadministração, que não repetissem as questões que eram contempladas nas outras escalas.

Nesta sequência de ideias, foi necessário esquematizar o que se pretendia, assim sendo, a cada factor de risco associou-se a escala ou item que averiguava esse factor, e verificou-se que apenas a história familiar não era contemplada no instrumento, logo foi criada a pergunta de como era a relação com as pessoas próximas do idoso. Para além disso tinham de ser criadas três questões objectivas sobre as três dimensões fundamentais a serem averiguadas, agressividade verbal, abuso financeiro e abuso físico. O Malley *et al.*, (1983) citado por Glendenning (1993) refere que as condições que podem constituir manifestações de maus tratos e negligência são, lesões frequentes e sem explicação, não prestação de

tratamento para problemas médicos, higiene insuficiente, má nutrição, desidratação, depressão, retraimento e medo, isolamento imposto, social ou físico, excesso de medicação e o mau uso da medicação. Sendo assim, e voltando ao protocolo global, uma vez que os casos de denúncia de maus-tratos englobam na sua maioria sinais físicos, foi crucial criar as questões relativas a aparência física cuidada ou descuidada, assim como a presença de equimoses.

Após a revisão bibliográfica e tendo em conta a necessidade de analisar os factores de risco, pois na ausência de sinais evidentes de abuso o conhecimento dos factores de risco pode ser de grande ajuda (Alves, 2006), foi necessária a análise dos factores de risco e para cada um deles a correspondência no instrumento, ou seja se eram ou não contemplados no instrumento global.

Objectivo geral:

Construção de uma metodologia de screening, Avaliação de Violência e Maus-tratos contra a Pessoa Idosa, que irá fazer parte de um instrumento global de rastreio para pessoas idosas vulneráveis com mais de 75 anos que as permita categorizar como “*Livre-de-Risco*” e “*Em-Risco*”, em cada um dos construtos avaliados.

Objectivos Específicos:

1. Descrever os diferentes tipos de abuso a partir da resposta dos itens do QBRA;
2. Verificar justaposições entre diferentes riscos de abuso;
3. Identificar o grau de correlação entre os diferentes riscos;
4. Avaliar o índice da consistência interna dos indicadores de auto-relato;
5. Verificar a presença de factores de risco no risco de ser abusado;
6. Criar diferentes modelos preditivos através dos factores de risco significativos.

5. Metodologia

5.1. Amostra

Este estudo trata de avaliar as características psicométricas de um questionário pertencentes ao RNAR_75, referentes à avaliação do abuso da pessoa idosa com mais de 75 anos. Neste sentido, foi realizada uma amostragem não-aleatória por cotas, onde a variável que definiu a cota foi o local de recolha de dados, quer em contexto de cuidados de saúde primários (n=120) ou utilizadores de serviços comunitários (n=120).

A amostra final é composta por 240 idosos, distribuídos de forma equitativa pelas duas cotas. Ao considerar estes contextos pretende-se analisar os diferentes perfis de risco, controlando assim à priori a variável do contexto onde são recolhidos os dados.

Este estudo ao ser realizado em cuidados de saúde primários e em utilizadores de serviços comunitários em contexto rural, difere da maioria de estudos de rastreio de abuso, uma vez que a maioria dos casos de saúde triados de abuso de idosos se processam em contexto de urgência, pois dificilmente são rastreados pacientes sem que tenham uma lesão aparente (Paixão *et al.*, 2007).

Na descrição da amostra descreveu-se os dados de forma separada, as cotas utilizadas para o estudo, fazendo sempre uma análise da amostra global. A selecção da amostra não-aleatória por cotas irá obedecer aos seguintes critérios: (i) idoso deverá ter idade igual ou superior a 75 anos; (ii) ser utilizador dos serviços Centros de Saúde ou Apoio Domiciliário aquando da aplicação do instrumento de rastreio nesses equipamentos; (iii) e por último concordar responder ao instrumento de forma voluntária depois de fornecidos os devidos esclarecimentos acerca do mesmo.

Tabela II. Análise Descritiva da Amostra (N=240)

	Contexto		Total
	Serv. Comun.	Cuidados Saúde Primários	
	n (%)	n(%)	N(%)
Sexo			
Feminino	70 (29,2)	76 (31,7)	146 (60,8)
Masculino	50 (20,8)	44 (18,3)	94 (39,2)
Idade(anos)¹			
Média (Desvio Padrão)	80,85(0,42)	78,97(0,29)	79,87(0,26)
Mínimo – Máximo	75-94	75-88	75-94
Estado Civil			
Solteiro	7 (3,9)	11 (4,6)	18 (7,5)
Casado	44 (18,4)	56 (23,4)	100 (41,8)
Viúvo	68 (28,1)	49 (20,5)	117 (49)
Separado/Divorciado	1 (0,4)	3 (1,5)	4 (1,7)
Nível Escolaridade			
Nunca frequentou escola	53 (22,1)	21 (8,8)	74 (30,8)
Não completou ensino primário	44 (18,3)	37 (15,4)	81 (33,8)
Ensino primário	19 (7,9)	55 (22,9)	74 (30,8)
Ensino preparatório	3 (1,3)	1 (0,4)	4 (1,7)
Ensino profissional	0	4 (1,7)	4 (1,7)
Ensino universitário	0	2 (0,8)	2 (0,8)
Não respondeu	1 (0,4)	0	1 (0,4)
Com quem vive actualmente			
Sozinho	44(18,6)	44(18,6)	88(37,1)
Irmãos	0	3(1,3)	3(1,3)
Cônjuge	37(15,6)	43(18,1)	80(33,8)
Sobrinhos/parentes próximos	0	2(0,8)	2(0,8)
Filhos	18(7,6)	13(5,5)	31(13,1)
Vizinhos/amigos	0	0	0
Genros/Noras	0	0	0
Netos	0	2(0,8)	2(0,8)
Outros	7(3)	7(3)	14(5,9)
Cônjuge e Filhos	6(2,5)	4(1,7)	10(4,2)
Cônjuge e Netos	1(0,4)	1(0,4)	2(0,8)
Filhos e Genros/Noras	5(2,1)	0	5(2,1)

¹ Dados em termos de estatísticos descritivos de tendência central e dispersão

Dos 240 inquiridos 146 (60,8%) eram mulheres e 94 (39,2%) eram homens. Sendo uma amostra maioritariamente feminina. A idade era compreendida entre os 75 e os 94 anos, média foi de 79,87, com o desvio padrão de 0,26 sendo que a maioria eram viúvos (49%)

havendo contudo uma percentagem significativa de casados (41,8%), seguindo os solteiros (7,5%) e apenas quatro pessoas separados ou divorciados (1,7%).

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria não completou o ensino primário (33,8%), seguindo-se a mesma percentagem de indivíduos que nunca frequentaram a escola (30,8%), e os que possuem o ensino primário (30,8%). Apenas 4 (1,7%) completaram o ensino profissional, e 2 (0,8%) o ensino universitário. Só 1 idoso não respondeu.

Relativamente à pergunta de com quem viviam actualmente 37,1% responderam sozinhos contrapondo com 33,8 % com os cônjuges, sendo ainda de referir os 13,1% que viviam com os filhos. Não existindo ninguém que vivesse com vizinhos ou amigos, assim como genros ou noras.

5.2-Instrumentos

5.2.1-Questionário Breve de Rastreio de Abuso (QBRA)

Tal como já foi referido o objectivo do RNAR_75, é a criação de um protocolo de rastreio para idosos com idade igual ou superior a 75 anos sendo o ponto de partida validar uma bateria de escalas que permitam classificar as pessoas idosas como “livre-de-risco” ou “em-risco” em cada uma das dimensões avaliadas no protocolo. A escolha específica de cada escala teve por base como já foi referido revisão da literatura internacional acerca das escalas e procedimentos mais utilizados nos procedimentos de rastreio em geriatria e gerontologia, e por outra, a melhor adequação cultural e contextual dos instrumentos à realidade portuguesa.

Logo, a escolha de uma escala para o rastreio de abuso na pessoa idosa teve de se enquadrar em vários critérios, devendo conter poucas perguntas porque o protocolo contém muitas escalas; deve ser muito objectivo, não deve conter perguntas que possam fazer parte das outras escalas; de curta duração; perguntas heteroadministradas, devem ser feitas apenas à pessoa idosa e não ao cuidador.

Da revisão de literatura realizada a nível internacional apresentada anteriormente, apenas oito instrumentos foram seleccionados como sendo os mais promissores, no entanto não se podiam enquadrar ao protocolo global, pelos motivos já apontados em cima, a tabela faz um resumo dos critérios de exclusão dos instrumentos, para o presente estudo de rastreio.

Tabela III. Instrumentos/Critérios de Exclusão

Instrumento	Critério de Exclusão
Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)	Não é claro o modo como o treino deve ser efectuado e avaliado, útil em ambientes de confusão.
Caregiver Abuse Screen (CASE)	Aplicado ao Cuidador.
Conflict Tactics Scale (CTS-1)	Não é específico para idosos, muitos itens (19)
Elder Abuse Assessment Tool (EAI-FULMER)	Muitos itens (44), requer treino especial na área da violência para que possa ser adequadamente utilizado. Requer informação familiar e os itens são dependentes de avaliação e interpretação por parte do entrevistador.
Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)	Muitos itens (15). Apenas mede o abuso físico, a vulnerabilidade e as situações potencialmente abusivas.
Indicators of Abuse Screen (IOA)	Medida subjectiva muitos itens requer 2 a 3 horas até ser completada por um experimentador experiente
QUALQUARE Scale (QUALQUARE)	Muitos itens (40), necessárias duas visitas ao domicílio, com duração até duas horas e meia.
Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)	Muitos itens (12), perguntas que não se enquadram no protocolo.

Após a análise dos critérios de exclusão, foi feita uma Revisão ao sistema de Saúde Brasileiro e analisando o Caderno de Atenção Básica (2006), onde constavam 14 questões que contemplam a agressividade verbal, abuso físico e financeiro, estruturando assim essas 14 questões. Foi baseada nessa análise que se estruturou o instrumento (QBRA) em apenas três que avaliam essas dimensões.

A operacionalização da avaliação do abuso da pessoa idosa, e a continuação dos instrumentos que estariam associados, ou preditores, do ponto de vista teórico com o abuso da pessoa idosa e que fazem parte do RNAR-75, teve em conta a revisão global de todo o instrumento.

Tabela IV. Instrumentos de Medida do Abuso da Pessoa Idosa e dos Factores de Risco**Questões de Resposta Directa de Abuso (QBRA)**

Indicadores de Abuso (heteroadministração)	<p>Agressividade Verbal</p> <p><i>Neste último ano, alguma das pessoas que estão próximas de si gritou consigo sem razão?</i></p> <p>Abuso económico</p> <p><i>Neste último ano, algumas das pessoas que estão próximas de si tem usado o seu dinheiro sem ser da sua vontade?</i></p> <p>Agressividade física</p> <p><i>Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si o empurrou ou bateu-lhe?</i></p>
Indicadores de Abuso (avaliação por observação do entrevistador)	<p>Negligencia (pode ser auto-negligencia)</p> <p><i>Descuidada</i></p> <p>Agressividade física</p> <p><i>Equimoses em diferentes estados de evolução</i></p>

Factores de Risco da Pessoas Idosa

Estado precário de saúde e deteriorização funcional	<p>Escala de Actividades de Vida Diária de Katz;</p> <p>Escala de actividades instrumentais de vida diária de Lawton & Brody;</p> <p>Indicadores de Risco Geriátrico; Índice de Comorbilidade de Charlson.</p>
Deteriorização cognitiva	Short Portabel Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ)
Abuso de substâncias ou enfermidade mental do cuidador	<p>Escala de Gijón;</p> <p><i>Tem conhecimento que alguém próximo de si consuma álcool ou drogas em excesso?</i></p>
Agressor depender da vítima	Dados de identificação - caracterização socio-económica do idoso;
Coabitação	Escala de Gijón.
Factores stressantes	Dados de identificação - caracterização socio-económica do idoso.
Isolamento social	Escala de depressão Geriátrica (GDS-15).
História de violência	Escala de Gijón.
	<i>Como é a sua relação com as pessoas que estão próximas de si?</i>

O instrumento é dividido em duas partes, uma que contempla o QBRA sendo que a outra parte contempla mais três indicadores de abuso.

O QBRA é composto por três questões dicotomizadas na resposta (sim/não), que avaliam a agressividade verbal, abuso financeiro e abuso físico. Estas questões são de resposta directa para diminuir assim a subjectividade do entrevistador.

Os outros três itens criados são em primeiro lugar um item acerca da relação com as pessoas próximas do idoso. Para tal foi criada uma questão codificada de 1 a 4, onde o 1 corresponde a agressões e o 4 a uma boa relação. Uma segunda acerca da avaliação do consumo de álcool ou drogas, através de uma questão directa, e por último a avaliação da parte física, com a criação de dois itens de codificação por parte do entrevistador que visão o aspecto físico cuidado ou descuidado e a existência de equimoses.

Todo o instrumento classifica as pessoas como “em risco de abuso” ou “sem risco de ser abusada”. O ponto de corte é a existência de uma resposta positiva em qualquer um dos itens.

5.2.2- Instrumentos associados aos factores de risco (incorporados no RNAR_75)

Para uma visão mais precisa de todo o protocolo é importante descrever todos os instrumentos que fazem parte do RNAR_75 de modo a descrever assim a operacionalização dos factores de risco de abuso contra a pessoa idosa, no âmbito do protocolo global.

Escala de Avaliação Sócio-Familiar de Gijon (Garcia – González *et al.*, 1999)

A Escala de Avaliação Sócio-Familiar de Gijon é um dos poucos instrumentos estruturados de avaliação social das pessoas idosas. Teve origem em Espanha, utilizando-se na tomada de decisões a nível de comparticipação económica estatal às famílias, nos diferentes serviços sociais. Desta escala constam várias versões, optando-se neste caso, pela versão original adaptada à população portuguesa. É constituída por 5 itens: situação familiar, situação económica, residência, relações sociais e apoios de rede social. Classifica os indivíduos em três grupos: “Risco Social Elevado”, “Risco Social Intermédio” e “Risco Social Baixo”, na versão espanhola. Na versão portuguesa será unicamente de dois grupos.

Índice de Comorbilidade de Charlson (Charlson *et al.*, 1987)

Analisa a presença simultânea de doenças. Existem diferentes versões deste instrumento. No entanto, a versão adoptada será a versão original. É constituído por 19 itens (Dicotómicos: presença / não presença) e consegue classificar os indivíduos em três grupos: “Ausência de Comorbilidade”, “Comorbilidade Baixa” e “Comorbilidade Alta”.

Índice de Actividades de Vida Instrumentais de Lawton & Brody (Lawton e Brody, 1969)

Pertence à família das escalas de Actividades de Vida Diária Instrumentais e identifica o grau de autonomia funcional para as pessoas idosas na comunidade. Esta escala funcional é uma das mais utilizadas em programas de rastreio e estudos epidemiológicos. É constituída por 8 itens que avaliam as capacidades de realização das actividades instrumentais de vida diárias, classificando as pessoas idosas em dois grupos: “Dependente” e “Independente”.

Escala de Actividades de Vida Diárias de Katz (Katz, 1963)

Pertence à família das escalas de Actividades de Vida Diária, e identifica o grau de autonomia em tarefas relacionadas com o autocuidado. Esta escala é uma das mais utilizadas em estudos gerontológicos internacionais. É constituída por 6 itens que avaliam as capacidades de realização das actividades de vida diárias. A cada resultado corresponde uma letra, que indica o número de funções em que a pessoa é independente. Classifica as pessoas idosas em 8 grupos, de acordo com o número de funções em que é independente.

Escala de Depressão Geriátrica (Shelk e Yesavage, 1986)

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) é o instrumento mais utilizado para o rastreio de depressão em pessoas idosas. A versão original tem 30 itens, mas têm sido desenvolvidas versões mais breves (15, 10 e 5 itens), destinadas a rastreios e estudos epidemiológicos acerca da depressão. É constituída por 15 itens relativos a sintomas clínicos de depressão clínica, escolhidos da versão original da GDS. Classifica os sujeitos em dois grupos: “Em risco de depressão” e “Sem risco de depressão”.

Questionário Curto de Pfeiffer (Pfeiffer, 1975)

Trata-se de um teste rápido que permite identificar a possibilidade de deterioração cognitiva. É constituído por 10 itens de resposta verbal. Classifica as pessoas idosas em três grupos: “Normal”, “Deterioração Mental Leve-Moderado” e “Deterioração Mental Severo”. A classificação final depende do score final e do nível de escolaridade do indivíduo.

Indicadores de Risco Geriátrico**Distúrbios Nutricionais**

Tem como objectivo avaliar os distúrbios nutricionais nas pessoas idosas. A avaliação é feita através do cálculo do Índice de Massa Corporal. Classifica as pessoas idosas como “Em risco” (desnutridas, excesso de peso e obesas) e “Sem risco” (Nutridas).

Polifarmácia

Avalia a presença/ausência de polifarmácia nos idosos através de duas questões, sendo que a resposta a mais de cinco medicamentos classifica a pessoa como “Em risco” e com menos de cinco medicamentos “Sem Risco”.

Queda

Avalia a presença/ausência de risco de queda através de três questões dicotómicas (Sim/Não). Classifica as pessoas idosas como “Em risco” e “Sem risco”. A resposta positiva a uma das questões considera a existência de risco de queda.

Incontinência Urinária

Avalia a presença/ausência e tipo de incontinência urinária a partir de três questões dicotómicas (Sim/Não). Classifica as pessoas como “Em risco” e “Sem risco” e “Incontinência de esforço” e “Incontinência controlo”. A resposta positiva a qualquer uma das questões implica a existência de incontinência.

Obstipação

Avalia a presença/ausência de obstipação nos idosos através de uma questão dicotómica (Sim/Não). Classifica os idosos como “Em risco” e “Sem risco”. A resposta positiva à questão implica a existência de obstipação.

Distúrbios Sensoriais

Avalia a existência de distúrbios de audição e visão através de uma questão dicotómica para cada uma das dimensões. Classifica os idosos como “Em risco” e “Sem risco”. A resposta positiva às questões implica a existência de distúrbio de audição ou visão.

Distúrbios Sono

Avalia a presença/ausência de insónia nos idosos através de uma questão dicotómica (Sim/Não). Classifica os idosos como “Em risco” e “Sem risco”. A resposta positiva à questão implica a existência de insónia.

Utilização de Serviços

Avalia a utilização de serviços pela pessoa idosa nos últimos 7 dias.

5.3- Procedimentos

Para a realização deste estudo foi solicitado por escrito a todas as entidades intervenientes a autorização para o estudo, sendo que a selecção da população realizou-se após a autorização por parte das entidades competentes responsáveis pelos serviços supra mencionados.

Relativamente aos Cuidados de Saúde, os dados foram recolhidos em Centro de Saúde. Por sua vez a cota de Serviços Comunitários, os dados foram recolhidos em Serviço de apoio domiciliário, no próprio domicílio, ou em centro de dia, na sala cedida pelo Centro.

O tempo médio de aplicação do protocolo de rastreio RNAR-75, são 20-25 minutos, sendo que destes 2 minutos são para a avaliação de abuso.

Numa modalidade de risco mínimo investigacional e máximo sigilo, será obtido o consentimento informado por escrito de todos os indivíduos participantes. A informação do método e do objectivo do estudo, assim como todas as informações necessárias à boa

decisão dos pacientes, será feita oralmente e posteriormente escrita, numa linguagem acessível e compreensível. Os dados recolhidos foram utilizados para a presente investigação.

Todos os entrevistadores tiveram formação prévia para a aplicação do protocolo, nomeadamente sobre os conteúdos dos diferentes instrumentos nele inseridos preenchimento e conhecimento acerca da população alvo de forma a aumentar a fiabilidade entre os diferentes entrevistadores.

Todos os entrevistadores foram sujeitos a role-playing e a um treino que consistiu na standardização de respostas a eventuais dúvidas/problemas que surjam, de forma a aumentar a fiabilidade entre os diferentes investigadores, usando uma metodologia de resolução de problemas. Realizou-se um pré-teste, para colmatar eventuais falhas, no qual foi pedida a colaboração de diversos participantes, semelhantes aos da amostra do estudo. Não foi necessário alterar nenhuma das questões criadas no protocolo.

A estratégia de dados utilizou principalmente uma análise que permitisse a diferenciação de categorias de pessoas relativamente ao abuso.

Recorreu-se ao cálculo dos rácios dos produtos cruzados (*odds ratio*) uma vez que é um estatístico que diferencia grupo de indivíduos em risco de não risco, diferença entre grupo dicotómicos. Analisou-se também a consistência interna dos itens de abuso, com o *alpha de cronbach*.

Realizou-se uma análise entre itens do questionário breve de rastreio de abuso, usando-se um estatístico de associação *Phi* para variáveis nominais.

Fez-se uma regressão logística utilizando para a criação dos diferentes modelos unicamente as variáveis que na análise dos *odds ratio* apareceram significativamente associadas como factores de risco.

6. Resultados

6.1. Análise do Questionário Breve de Rastreo de Abuso

No total da amostra de 240 inquiridos, 71 responderam positivamente a um dos itens.

Dá análise dos resultados a agressão verbal revela-se um elemento com maior presença sendo que a maioria refere sofrer uma agressão verbal, 20 mencionam abuso financeiro e apenas 6 referem ser abusados fisicamente. Relativamente ao aspecto a maioria aparenta um aspecto cuidado 223 inquiridos, apenas 17 dos inquiridos aparentam aspecto descuidado e apenas 1 idoso apresentava equimoses visíveis.

Tabela V. Análise Descritiva das Variáveis Associada a Abuso

QBRA		Outros itens QBRA	
(itens de resposta directa, heteroavaliados)		(itens codificados pelo entrevistador)	
Item	n (%)	Item	n (%)
Agressão Verbal	45(18,8)	Aspecto descuidado	17(7,1)
Abuso Financeiro	20(8,3)	Equimoses	1(0,4)
Abuso Físico	6(2,5)		

Realizou-se uma análise entre itens do QBRA, usando-se um estatístico de associação *Phi* para variáveis nominais. Paralelamente foi identificado o número de pessoas que responderam afirmativa a mais de um item acerca de abuso. Ambos os resultados encontram-se em tabela (ver tabela VI).

Tabela VI. Valores Cruzados e Matriz de Correlações Entre os Itens do QBRA

	Agressão Verbal	Abuso Financeiro	Abuso Físico	Aspecto descuidado	Equimoses
Agressão Verbal N=45 ¹	—	—	—	—	—
Abuso Financeiro	10 ² (50,0%) ³	—	—	—	—

N=20	0,24(.000)				
Abuso Físico					
N=6	4(66,7%)	2(33,3%)	—	—	—
	0,20(.002)	0,15(.025)			
Aspecto					
descuidado	6(37,5%)	2(12,5%)	0(0%)	—	—
N=17	0,13(.049)	0,04(.541)	-,04(.505)		
Equimoses					
	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	—
N=1	-,031(.631)	-,02(.760)	-,011(.871)	-,018(.787)	

1- valor relativo ao número de pessoas que referenciaram abuso no item

2- valor relativo ao número de pessoas que referenciam abuso em duas categorias

3- percentagem relativa ao valor da coluna

Claramente aparecem resultados que induzem a pensar no grau elevado de associação principalmente entre os itens relativos a agressão verbal, abuso financeiro e físico, uma vez que os seu índices de correlação *Phi*, são praticamente todos significativos ($p < 0,05$). Não obstante quando analisamos tanto os valores brutos do *Phi* como as percentagens entre categorias comuns, pode-se afirmar que estes graus de associação têm de ser vistos com algum pormenor.

Existe uma associação muito significativa entre as pessoas que responderam afirmativamente ao item de agressão verbal, com os que respondem positivamente nos itens de abuso físico e financeiro. Relativamente ao abuso financeiro existe também uma relação significativa das pessoas que responderam positivamente, pontuam noutro tipo de abuso.

Quanto ao abuso físico dos idosos que responderam positivamente ao item, distribuem-se de forma equitativa nos itens de agressão verbal e abuso financeiro.

Para o item equimoses, o único sujeito com equimoses não está em nenhuma das categorias de abuso.

Feita a primeira análise do QBRA, para analisar a consistência interna, verificou-se o coeficiente de determinação de cada item, agressão verbal, abuso financeiro e abuso físico com os restantes, analisou-se o *alpha de cronbach* para determinar assim a consistência interna dos três itens. A consistência interna revelou um *alpha de cronbach* de 0,3, logo

um valor muito baixo. Sendo assim não se pode considerar um construto, mas sim itens separados, sendo que tem de se proceder a uma análise do ponto de vista teórico.

Partiu-se erradamente da ideia de que o abuso é um construto homogéneo, sendo mensurável de forma única, no entanto após a análise de correlação e da consistência interna conclui-se que os itens não podem ser um todo, mas sim questões separadas, que medem diferentes tipos de abuso.

6.2. Análise dos Factores de Risco

Efectuou-se o cálculo dos rácios dos produtos cruzados (*odds ratio*) e o seu intervalo de confiança para as seguintes variáveis: contexto, género, idade, estado civil, escolaridade, pessoas que vivem com o idoso na mesma casa, pessoas que consumam álcool e drogas pessoa que não vive só e é a única fonte de rendimento, Serviços sociais e escala de Gijón.

TabelaVII. Odds-ratio de Risco de Abuso Associados a Variáveis Sócio-Familiar

	Contexto	Género	Idade	Estado Civil	Escolaridade
Agressão Verbal	1,19 (0,62 – 2,28)	2,26 (1,08 – 4,73)	0,54 (0,28 – 1,05)	0,73 (0,37-1,43)	1,57 (0,76-3,25)
Abuso Financeiro	1,26 (0,50 – 3,15)	2,02 (0,71 – 5,75)	0,46 (0,18 – 1,20)	0,58 (0,21-1,56)	1,01 (0,29-2,65)
Abuso Físico	5,22 (0,60 – 45,36)	3,26 (0,38 – 28,38)	0,91 (0,18 – 4,60)	Não aplicável	0,54 (0,11-2,72)
Aspecto	1,48 (0,54 – 4,03)	0,90 (0,33 – 2,46)	0,11 (0,02 – 0,49)	0,74 (0,26-2,06)	4,34 (0,97-19,46)

TabelaVIII. Odds-ratio de Risco de Abuso Associados a Variáveis Sócio-Familiar

	Pessoas na mesma casa	Pessoas que consumam álcool ou drogas	Não vive só/única fonte de rendimento	Serviços sociais	Gijón
Agressão Verbal	1,86 (0,96-3,57)	1,88 (0,89-3,95)	1,70 (0,88-3,26)	1,26 (0,65-2,43)	1,34 (1,02-1,77)
Abuso Financeiro	2,25 (0,90-5,68)	1,38 (0,48-4,01)	2,37 (0,93-6,02)	1,36 (0,53 – 3,45)	1,72 (1,32-2,23)
Abuso Físico	9,04 (1,04-78,65)	1,01 (0,11-9,21)	Não aplicável	4,55 (0,52 – 39,54)	1,72 (1,17-2,52)
Aspecto	1,24 (0,46-3,39)	3,13 (1,12-8,73)	2,22 (0,81-6,04)	1,28 (0,47 – 3,49)	1,74 (1,32-2,26)

Encontrou-se um risco associado significativo ao facto de identificar uma pessoa com aspecto descuidado e esta consumir álcool [OR=3,13; %95 I.C.= 1,12-8,73].

Relativamente à escala de Gijón, demonstrou um risco associado significativo ao facto de identificar uma pessoa como agredido verbalmente, abusado financeiro e fisicamente assim como ter um aspecto descuidado e estar estatisticamente com risco social [OR=1,34; %95 I.C.= 1,02-1,77], [OR=1,72; %95 I.C.= 1,32-2,23]; [OR=1,72; %95 I.C.= 1,17-2,52]; [OR=1,74; %95 I.C.= 1,32-2,26].

Tabela IX. Odds-ratios de Risco de Abuso Associados a Variáveis de Vulnerabilidade Física e Psíquica

	Lawton	Katz	Visão	Auditiva	Depressão	Cognitiva A	Cognitiva B
Agressão	1,20	1,47	1,60	1,37	0,22	Não	0,60
Verbal	(0,58-2,49)	(0,71 – 3,05)	(0,77 – 3,33)	(0,68 – 2,76)	(0,09 – 0,55)	Aplicável	(0,31-1,16)
Abuso	2,55	2,44	3,54	1,69	0,29	Não	0,55
Financeiro	(0,72-9,00)	(0,94 – 6,32)	(1,00 – 12,54)	(0,62 – 4,62)	(0,08 – 1,04)	Aplicável	(0,21-1,44)
Abuso	2,55	1,70	1,22	1,51	0,45	0,32	1,08
Físico	(0,25-18,72)	(0,49 – 1,53)	(0,22 – 6,83)	(0,27 – 8,41)	(0,05 – 4,08)	(0,04-2,93)	(0,21-5,46)
Aspecto	2,06	1,01	8,46	4,84	0,31	0,29	0,21
	(0,57-7,41)	(0,31 – 3,22)	(1,09 – 65,91)	(1,06 – 22,18)	(0,07 – 1,45)	(0,07-1,14)	(0,06-0,77)

Efectuou-se o cálculo dos rácios dos produtos cruzados (*odds ratio*) e o seu intervalo de confiança para as variáveis relativas à vulnerabilidade de carácter funcional, sensorial e psíquico. As variáveis analisadas foram a capacidade funcional através da *Escala de Lawton* (AVDI), Índice de Katz (AVDB), assim como os indicadores de risco sensorial relativas a visão e audição. A nível das variáveis cognitivas analisaram-se as variáveis depressão e cognitiva, com a escala de depressão geriátrica e o Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer.

Relativamente aos indicadores de abuso, a visão demonstrou um risco associado significativo ao facto de identificar uma pessoa como abusado a nível financeiro e estar estatisticamente com défice visual [OR=3,54; %95 I.C.= 1-12,54]. Também a nível do aspecto verificou-se risco associado relativo a uma pessoa ter estatisticamente um aspecto descuidado e défice visual. [OR=8,46; %95 I.C.= 1,09 – 65,91]

Existe um risco significativo ao facto de se considerar uma pessoa com aspecto descuidado estatisticamente quando se encontra com défice auditivo [OR=4,84; %95 I.C.= 1,06-22,18], assim como com défices cognitivos [OR=0,21; %95 I.C.= 0,06-0,77].

Encontrou-se um risco associado significativo ao facto de identificar uma pessoa como abusado verbalmente estaticamente quando esta se encontra deprimida [OR=0,22; %95 I.C.= 0,09-0,55].

De seguida foi realizada uma regressão logística utilizando para a criação dos diferentes modelos unicamente as variáveis que na análise dos *odds ratio* apareceram significativamente associadas como factores de risco.

Tabela X. Regressão Logística Tipos de Abuso Relativos aos Factores de Risco

	Beta	SE	Wald Statistic	df	p value	Odds ratio	95% CI
Agressão Verbal							
Modelo final							
Depressão	0,658	0,212	9,690	1	0,002	1,932	(1,276-2,924)
Escala de Gijón	2,208	0,432	26,060	1	0,000	9,095	(3,897-21,229)
Aspecto							
Modelo final							
Escala de Gijón	0,814	,196	17,155	1	,000	2,256	(1,535-3,316)
Idade	2,416	,754	10,272	1	,001	11,195	(2,556-40,043)
Estado Cognitivo	1,488	,655	5,161	1	,023	4,428	(1,227-15,989)

Foi realizado um modelo de regressão logística no sentido de conseguir prever os diferentes tipos de abuso. Foi utilizado um modelo logístico com uma forma de extracção *Backward Conditional*. Os resultados que foram obtidos e apresentados foram os relativos aos modelos finais das variáveis de Agressão Verbal e Aspecto Físico (negligencia). O modelo de Abuso financeiro não foi possível ser obtido. Todas as variáveis introduzidas estavam dicotomizadas, ou eram dicotómicas.

Relativamente aos modelos de predição da agressão verbal o modelo final introduz unicamente no modelo final as variáveis depressão [OR=6,57; %95 I.C.= 2,75-15,74] e a

escala de Gijón [OR=3,08; %95 I.C.= 1,76-5,38], sendo que este modelo consegue predizer de forma acertada 79,3% dos casos totais, no entanto este modelo não consegue predizer acertadamente em nenhum dos casos (0%) em que foram considerados como risco de agressão verbal.

Relativamente aos modelos de predição do aspecto o modelo final introduz no modelo final as variáveis escala de Gijón [OR=2,26; %95 I.C.= 1,54-3,32], a Idade [OR=11,12; %95 I.C.= 2,56-40,04] e o estado cognitivo [OR=4,43; %95 I.C.= 1,23-15,99], sendo que este modelo consegue predizer de forma acertada 93,5% dos casos totais, no entanto não consegue predizer acertadamente em nenhum dos casos (0%) em que foram considerados como risco de aspecto descuidado.

7. Conclusão

Há algum tempo, o atendimento do paciente geriátrico já é orientado para a avaliação interdisciplinar dos distúrbios funcionais. Torna-se, portanto, natural incorporar a avaliação e atendimento do idoso vítima ou envolvido em actos violentos nessa abordagem geriátrica geral (Paixão e Reichenheim, 2006).

Do total dos sujeitos da amostra $n=240$, 71 idosos responderam afirmativamente a um dos itens de abuso, logo podem-se considerar muitos idosos a afirmarem serem agredidas verbalmente, abusadas financeiramente e fisicamente. E tendo em conta que, segundo Fulmer *et al.* (2004) é pouco provável que os idosos façam a denúncia quando são vítimas de maus tratos e que mais de 70% dos casos de identificação de maus tratos a idosos é feita por outra pessoa e não pelo idoso, logo é muito difícil e subjectivo todo o processo de sinalização de casos de abuso. As razões para tal poderão incluir a dificuldade na detecção do abuso, em especial o abuso psicológico e a negligência; a falta de instrumentos de rastreio adequados e de fácil administração; e uma deficiente consciencialização do tamanho e dimensão do problema.

7.1. Multidimensionalidade do Conceito de Abuso

Da análise da consistência interna, verificou-se que o coeficiente de determinação de cada item, agressão verbal, abuso físico e financeiro com os restantes, revelou um *alpha de cronbach* de 0,3, logo um valor muito baixo, não se podendo considerar uma escala, mas sim itens separados. Aqui retrata-se a limitação de partida deste estudo. Não existe o conceito de abuso mas sim conceitos ou tipos de abusos distintos. Inicialmente partiu-se da ideia que o abuso era um construto homogéneo mensurável de forma única, mas foi evidente que existe uma diferença grande em cada item do QBRA, não se podendo associar nenhum item, cada item do questionário mede coisas diferentes. Segundo Frost e Willette (1994) muitos dos instrumentos de rastreio até hoje têm sido criticados por serem muito abrangentes e não serem capazes de identificar as formas específicas de abuso que são mais comuns nos diferentes contextos.

7.2. Problemas Metodológicos Associados à Baixa Prevalência de Determinados Tipos de Abuso

Sendo o abuso algo difícil de admitir e verbalizar, o número de sujeitos da amostra deveria ser muito maior, para que os resultados fossem mais consistentes e precisos, como inicialmente pretendidos e conseguir predizer mais casos de risco de abuso. Identificam porém as variáveis do ponto de vista de uma estratégia de rastreio que podem predizer as variáveis de abuso.

Os resultados deste projecto apontam para uma associação muito significativa entre as pessoas que responderam ao item agressão verbal com os que responderam positivamente aos itens de abuso físico e financeiro, o que se traduz no facto da agressão verbal ser a mais comum das formas de abuso.

No entanto a utilização de itens discretos para avaliar os diferentes abusos pode ser uma metodologia alternativa interessante à utilização de escalas extensas.

7.3. Associação do Abuso com Diferentes Variáveis

Relativamente aos indicadores de abuso, a visão demonstrou um risco associado significativo ao facto de identificar uma pessoa como abusado a nível financeiro e estar estatisticamente com défice visual [OR=3,54; %95 I.C.= 1-12,54], também a nível do aspecto verificou-se um risco associado relativo a uma pessoa ter estatisticamente um aspecto descuidado e défice visual [OR=8,46; %95 I.C.= 1,09 – 65,91].

Existe um risco significativo ao facto de se considerar uma pessoa com aspecto descuidado estatisticamente quando se encontra com défice auditivo [OR=4,84; %95 I.C.= 1,06-22,18], assim como com défices cognitivos [OR=0,21; %95 I.C.= 0,06-0,77].

Encontrou-se um risco associado significativo ao facto de identificar uma pessoa como abusado verbalmente estaticamente quando esta se encontra deprimida [OR=0,22; %95 I.C.= 0,09-0,55]. Isto é explicado, uma vez que o mau estar existe, caracterizando-se segundo (James,2005) com um humor depressivo, e por uma perda de prazer ou interesse, conjuntamente com alguns de outros sintomas (diminuição clara do interesse pelas actividades, perda de peso, insónia ou hipersónia agitação ou lentificação, fadiga ou perda de energia, sentimento de desvalorização diminuição da capacidade de pensamento e concentração, pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente)

apontada como um factor de risco por diferentes autores (Alves, 2006; Lachs e Pillemer, 2004; Paixão e Reichenheim, 2006; Tortosa, 2004).

A escala de Gijón revela um risco associado significativo ao facto de identificar uma pessoa como agredido verbalmente [OR=1,34; %95 I.C.= 1,02-1,77], abusado financeiro [OR=1,72; %95 I.C.= 1,32-2,23], fisicamente [OR=1,72; %95 I.C.= 1,17-2,52], assim como ter um aspecto descuidado [OR=1,74; %95 I.C.= 1,32-2,26] e estar estatisticamente com risco social, ou seja em todas as dimensões. Esta escala de avaliação sócio-familiar é um instrumento estruturado de avaliação social de pessoas idosas. (Garcia – González *et al.*, 1999). Avalia a situação familiar, situação económica, habitação e relações sociais, logo demonstra uma relação explícita com o abuso da pessoa idosa, pois classifica-a como em “Risco Social Elevado”, “Risco Social Intermédio” e “Risco Social Baixo” é mais facilmente indicador de ser abusada, pois encontra-se mais vulnerável, entendendo-se por vulnerabilidade individual, o grau e a qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-los aos seus reportórios quotidianos, ao interesse e às possibilidades efectivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protectoras (Paz *et al.*, 2006).

7.4. Diferença com os Protocolos Existentes de Rastreio de Abuso da Pessoa Idosa

Até agora na literatura existem instrumentos de rastreio de abuso, no entanto, a barreira mais importante no desenvolvimento do rastreio e dos instrumentos de avaliação é a falta de critérios normalizados para o diagnóstico e para a validação dos maus tratos (Fulmer *et al.*, 2004).

Este projecto torna-se diferente dos que existem para avaliar abuso na pessoa idosa, pois está incorporado num projecto global que contempla diferentes escalas, e até então ainda não é usual introduzir instrumentos de rastreio de abuso em avaliações amplas. Já existem estudos que atestam a eficácia de uma abordagem integrada, numa variedade de domínios e que contempla aquisição de um historial abrangente e de um exame físico e o uso de instrumentos válidos para quantificar medidas de saúde psicológica e capacidade funcional. A AGA pode ser efectuada em vários ambientes de modo eficiente (hospital, clínica de ambulatório, lares de terceira idade e casas privadas). Pelos menos oito inquéritos aleatórios na Suécia e nos Estados Unidos mostraram que este era um método eficaz para avaliar e intervir junto de idosos mais frágeis. No entanto, nestes estudos era

necessário existir profissionais de gerontologia treinados para poderem aplicar este método, fazendo-o de modo intensivo, despendendo muito tempo. O protocolo de rastreo RNAR_75 contempla uma avaliação de varias dimensões, mas com um tempo médio de aplicação de 20 a 25 minutos e pode ser aplicado por qualquer profissional da área.

Para além disso, os casos de triagem de abuso são comuns em serviços de urgência ou hospitalares o que é definido em vários estudos sobre esta temática (Fulmer *et al.*, 2004) e o QBRA, foi aplicado em contexto de cuidados de saúde primários e em utilizadores de serviços comunitários em contexto rural.

Importante referir que a pesquisa deve centrar-se essencialmente nos factores de risco. Segundo Lachs e Pillemer (2004), existem progressos ao longo da última década no que diz respeito à identificação empírica dos factores de risco para o abuso de idosos. No entanto, muita pesquisa ainda se deve realizar sobre esta temática, pois se se identificarem precocemente mais prevenção se consegue, para melhoria da qualidade de vida e controle de situações de abuso.

Para ser eficaz, o rastreo para o abuso de idosos deve ocorrer como parte de uma rotina de cuidados de saúde para os idosos e não para os pacientes que apresentem ferimentos ou que tenham sido identificados como aqueles que necessitem de uma forma alternativa de cuidados (Associação Médica americana [AMA], 1992; Fulmer, Paveza, Abraham, & Fairchild, 2000), citado por Schofield *et al.* (2003).

É evidente que para a sociedade aquilo que é visível é o que é indicador. Como refere Fulmer *et al.* (2004) quando falta o marcador biológico conclusivo ou de um teste clínico torna o diagnóstico dependente de vários dados objectivos e subjectivos que os médicos têm de analisar com a ajuda de entidades como a polícia.

Os dados recolhidos neste projecto mostram que se conseguiram sinalizar um número significativo de idosos, mesmo pertencendo estes a contextos de serviços da comunidade e cuidados de saúde primários, utentes esses mais susceptíveis à detecção de situações de abuso. Logo se este instrumento for aplicado em contextos mais abrangentes como contexto hospitalar, talvez fosse mais preditor.

Como é óbvio os instrumentos de avaliação de maus tratos a idosos podem ser importantes mas devem ser aceites com algumas reservas.

Em Portugal deveria haver um desenvolvimento deste tema uma vez que até os dados de prevalência não são definidos, sendo necessária a investigação nesta área.

Para desenvolver um melhor entendimento sobre os instrumentos de rastreio para idosos, como forma de identificar pessoas que requerem tratamento e intervenção, os instrumentos relativos à detecção devem ser melhorados. Será importante mais investigação neste campo, o que irá ajudar a que haja mais progressos na instrumentalização para melhor detecção do abuso e maus tratos a idosos.

BIBLIOGRAFIA

- Alves, J. (2006). *Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus tratos*. Obtido em 7 de Janeiro de 2008, de <http://hdl.handle.net/1822/4221>
- Alves, J. (2004). *Factores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos*. Obtido em 2 de Janeiro de 2008, de <http://hdl.handle.net/1822/4423>
- Andersen, W., & Cowan, N. (1952). A Consultive HEALTH Center for Older People. *Lancet*, 2(1), p.p 239-240.
- APAV, U. d. (2008). Obtido em 26 de Outubro de 2008, de http://www.apav.pt/pdf/APAV_Idosos_2008:semestre1.pdf.
- Association, A. M. (1992). *Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect*. (Vol. Vol.2). Chicago: American Medical Association.
- Association, N. C. (s.d.). *The Nacional Elder Abuse Incidence Study*. Obtido em 10 de Agosto de 2008, de <http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm>
- Básica, C. d. (2006). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa-Ministério da Saúde*. Brasília.
- Bass, D., Anetzberger, G., Ejaz, F., & al., e. (2001). Screening tools and referral protocol stopping abuse against older Ohioans: A guide for service providers. *Abuse Neglect*, Vol. 13, pp. 23-38.
- Benedetti, T., Borges, L., Petroski, E., & Gonçalves, L. (2008). Actividade Física e Estado de Saúde Mental de Idosos. *Revista de Saúde Pública*, Vol.42,N.º2, pp. 302-307.
- Charlson, M., Pompei, P., Ales, K., & Mackenzie, C. (1987). A new method of classifing prognostic comorbidity in longitudinal studies: developmentad validation. *J. Chron Dis*, Vol. 40, pp. 373-383.
- Costa, A. B. (2002). *Exclusões Socias* (3.ª Edição ed.). Lisboa: Graviza Publicações, Lda.
- Costa, E., & Monego, E. (Dezembro de 2003). Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *Revista da UFG*, Vol. 5, N.º 2, p. on line.
- Czenresnia, D. (2004). Ciência, Técnica e Cultura: Relações entre risco e práticas de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Vol. 20, N.º 2, pp.447-455.
- Davies, M. (1997). *Key issues for nursing: the need to challenge practice*. (P. Decalmer, & F. Glendenning, Edits.) London: Sage Publications.

- Davies, M. (1997). *Recognizing abuse: an assesement tool for nurses*. (P. Decalmer, & F. Glendenning, Edits.) London: Sage Publications.
- Decalmer, P., & Glendenning, F. (1993). *El Maltrato a Las Personas Mayores*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Dyer, C., & Rowe, J. (1999). Elder Abuse. *Trauma* , Vol.1, pp.163-169.
- Eastman, M., & Harris, J. (2004). *Placing elder abuse within the context of citizenship. A policy discussion paper*. London: Help the Aged Publishing.
- Espíndola, C., & Blay, S. (2004). Prevalência de Maus Tratos na Terceira Idade. *Revista de Saúde Pública* , Vol. 5, N.º 2, pp. 301-306.
- Ferguson, D., & Beck, C. (1983). H.A.L.F.: a tool to asses elder abuse within the family. *Geriatr Nurs* , Vol. 4, pp. 301-304.
- Fletcher, A., Jones, D., Bulpitt, C., & Tulloch, A. (2002). The MRC Trial of Assesement and Management of Older People in The Community: Objectives, Design and Interventions. *BMC Health Services Research* , Vol. 2, N.º 21, pp. 1472-6963.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Freer, C. (1985). Geriatric Screening: a Reappraisal of Preventive Strategies in the Care of de Elderly. *Journal of Royal College of General Practiitioners* , Vol.35, 288-290.
- Frost, M., & Willette, K. (1994). Risk for abuse/neglect: Documentation of assesement data and diagnoses. *Journal of Gerontological Nursing* , Vol. 20, 37-45.
- Fulmer, T. (2003). Elder abuse and neglect assesement. *Journal of Gerontological Nursing* , Vol.1, pp.8-9.
- Fulmer, T. (1984). Elder abuse assesement tool. *Dimens Crit Nurs* , Vol. 3, pp. 216-220.
- Fulmer, T., & Gurland, B. (1996). Restriction as elder mistreatment: differences between caregiver and elder perceptions. *J. Ment Health Aging* , Vol.2, pp. 89-100.
- Fulmer, T., Guadano, L., Dyer, C., & Connoly, M. (2004). Progress in Elder Abuse Screening and Assesement Instruments. *American Geritrics Society* , pp.297-304.
- Fulmer, T., S., S., & Carr, K. (1984). Abuse of the elderly: screening and detection. *J. Emerg Nurs* , Vol.10, pp. 131-140.
- Garcia-Caselles, P., Miralles, R., Arellano, M., Torres, R., Aguilera, A., Pi-Figueras, M., et al. (2004). Validation of a modified version of the gijon's social-familial evaluation scale

- (SFES): The "Barcelona SFES version", for patients with cognitive impairment. *Gerontol* , Vol.9, pp. 201-206.
- Giddens, A. (2002). *Modernidade e Identidade*. (Zahar, Ed.) Rio de Janeiro: Zahar Edições.
- Gonçalves, C. (2006). Idosos: Abuso e Violência. Saúde dos Idosos. *Clinica Geral* , pp.739-745.
- González, G., & et, a. (1999). Evaluación de la Fiabilidad y Validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria* , Vol. 23, pp.434-440.
- Hamilton, G. (1989). Preventing elder abuse: using a family systems approach. *J. Gerontol Nurs* , Vol.15, pp. 21-26.
- Hwalek, M., & Sengstock, M. (1986). Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of clinical screening instrument. *J. Appl Gerontol* , Vol.5, pp. 153-173.
- James, E., & Asenath, L. R. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica* (1.^a Edição ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Jeffrey, M., & Levine, M. (2003). Elder Neglect and Abuse. A primer for primary care Physicians. *Geriatrics* , Vol. 58, N.º 10.
- Jones, J., Dougherty, J., Schelbe, D., Cunningham, W., & Akron. (1988). Emergency department protocol for the diagnosis and evaluation of geriatric abuse. *Ann Emerg Med* .
- Jonhson, T. (1991). *Elder mistreatment: deciding who is at risk*. Westport: Greenwoos Press.
- Jonhson, D. (1981). Abuse of elderly. *Nurse Pract* , Vol. 6, pp.29-34.
- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B., & Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standarized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* , vol. 185, pp. 914-919.
- Kleinschmidt, K. (1997). Elder Abuse: A review. *Am Emerg Med.* , Vol.30, pp. 463-472.
- Kosberg, J. (1988). Preventing elder abuse: identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist* , Vol.28, pp. 43-50.
- Lachs, M., & Phillemer, K. (2004). Elder Abuse. *Lancet* , Vol. 364, pp.1263-1272.
- Lawton, M., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maitainingand instrumntal activities of daily living. *Gerontologist* , vol. 9, pp. 179-186.

- Lorraine, C., Mion, P., Robert, M., Anetzberg, J., & Meldon, W. (2001). Establishing a Case-Finding and Referral System for At-Risk Older Individuals in the Emergency Department Setting: The SIGNET Model. *JAGS*, Vol. 49, pp. 1379-1386.
- Maguire, P., Taylor, I., & Stout, R. (1986). Elderly patients in acute medical wards: factors predicting length of stay in hospital. *British Medical Journal*, Vol. 292, pp. 1251-1253.
- Mann, E., Koller, M., Mann, C., Cammen, T., & Steurer, J. (2004). Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in General Practice: Results from a Pilot Study in Voralberg. *BMC Geriatrics*, pp.4.
- Matheus, D. (1984). Dr. Marjory Warren and the origin of British Geriatrics. *J. Am Geriatr Soc*, Vol. 32.
- Mausser, J., & Kramer, S. (2007). *Introdução à Epidemiologia* (4.^a ed.). (R. Pinhão, Trad.) Lisboa: Fundação Galouste Gulbenkian.
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires. *New York: Oxford University Press*.
- Mion, L., Palmer, R., Anetzberger, G., & Meldon, S. (2001). Establishing a Case-Finding and Referral System for At-Risk Older Individuals in the Emergency Department Setting: The SIGNET Model. (A. G. Society, Ed.) 49, pp. 1379-1386.
- Mistiaen, P., Duijnhouwer, E., Prins-Hoekstra, A., Ros, W., & Blaylock, A. (1999). Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (5), pp. 1050-1056.
- Nandini Dendukuri, P., Jane MacCusker, M., & Eric Belzile, M. (2004). The Identification of Seniors at Risk Screening Tool: Further Evidence of Concurrent and Predictive Validity. *Jags*, Vol.52, pp.290-296.
- Neno, R., & Neno, M. (2005). Identifying abuse in older people. *Nursing Standard*, Vol. 20, N.º 3, pp. 43-47.
- Nielsen, C., & Lang, R. (1999). Principles of screening. *Medical clinics of North America*, pp.1323-1337.
- Odgen, J. (2007). *Health Psychology* (4.^a ed.). Berkshire, England: Open University Press.
- Ogg, J., & Bennett, G. (1992). Elder abuse in Britain. *BMJ*, Vol.305, pp.998-999.
- Paixão, C., & Reichenheim, M. (2005). Uma Visão sobre Instrumentos de Avaliação do Estado Funcional do Idoso. *Caderno de Saúde Pública*, pp. 7-19.

- Paixão, C., Reichenheim, M., Moraes, C., Coutinho, E., & Veras, R. (2007). Adaptação transcultural par o Brasil Caregiver Buse Screen para Detecção de Violência de Cuidadores contra Idosos. *Caderno de Saúde Pública* , pp.2013-2022.
- Paz, A., Santos, B., & Eidt, O. (2006). Vulnerabilidade e Envelhecimento no Contexto da Saúde. *Acta Paul Enferm* , Vol.19, N.º 3, pp. 338-342.
- Pheiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in the elderly. *J. Am Geriatr Soc.* , vol. 23, pp. 433-441.
- Philips, L., Morrison, E., & Chase, Y. (1990). The QUALCARE Scale: developing an instrumrnt to measure quality of home care. *J.Nurs Stud* , Vol.27, pp.65-75.
- Philips, L., Morrison, E., & Chase, Y. The QUALCARE Scale: testing of a measurement instrument for clinical practice. *J. Nurs Stud*1990 , Vol.27, pp.77-91.
- Ponte, A., & Pais-Ribeiro, J. (s.d.). Preliminar das propriedades métricas do.
- Raffle, A., & Gray, G. (2007). Screening Evidence and Practice. *Oxford University Press* .
- Ramos, L. (2003). Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso. *Caderno de Saúde Pública* , Vol. 19, N.º 3, pp.793-796.
- Rathbone-MacCuan, E., & Voyles, B. (1982). Case detection of abused elderly parents. *J. Psychiatry* , Vol.139, pp.189-192.
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of Indicators of Abuse (IOA) screen. *Gerontologist* , Vol.38, pp.471-480.
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1995). Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *J. Aging* , Vol. 14, pp.45-60.
- Reis, M., & Nashmiash, D. (1997). Abuse of seniors: personality, stress and other indicators. *J. Ment Health Againg* , Vol. 3, pp.337-356.
- Reis, M., & Nashmiash, D. (1995). When Seniors are Abused: na Intervention Model. *Gerontologist* , pp. 666-671.
- Sanches, A. (s.d.). *Projecções "servem para que países se preparem"*. Obtido em 2 de Novembro de 2008, de Público: <http://www.oi.acidi.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=1918>
- Schofield, M., & Mishra, G. (2003). Validity of Self-Report Screening Scale for Elder Abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontological Society of America* , Vol. 43, pp. 110-120.

- Schofield, M., Reynolds, R., Mishra, G., Powers, J., & Dobson, A. (2002). Screening for vulnerability to abuse among older women: women's health Australia study. *J. Appl Gerontol* , Vol.21, pp.24-39.
- Shelk, J., & Yesavage, J. (1986). *Geriatric Depression Scale(GDS): Recent evidence and development of a shorter version*. (Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention ed.). (T. Brink, Ed.) New York: Haworth Press.
- Society, G. (2000). Dr Majory Warren: The mother of Geriatrics. *Journal of the Hong Kong* , Vol.10, N.º 2, pp.102-105.
- Straus, M. (1979). Measuring intrafamilial conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales. *J. Marriage Fam* , Vol. 41, pp.75-88.
- Tomita, S. (1982). Detection and treatment of elderly abuse and neglect: a protocol for health care professionals. *Phys Ther Occup Ther Geriatr* , Vol. 2, pp.37-51.
- Tortosa, J. (2004). *Personas Mayores y Malos Tratos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Truelsen, T., Bonita, R., & Jamrozik, K. (2001). Surveillance of Stroke: a global perspective. *Internacional Epidemiological Association* , Vol. 30, pp. 11-16.
- University, T. (2008). *Strategic Corporate Social Responsibility in Public Policies in Brazil: The case of Health*. Louisiana: Brasa IX.
- Uitley, R. (1999). Screening and Intervention in Elder Abuse. *Home Care Provider* , Vol. 4, p. 198.
- Veyret, Y. (2007). *Os riscos: O homem como agressor e vítima do meio ambiente*. São Paulo: Contexto.
- Veyret, Y. (2007). *Os riscos: o homem como agressor e vítima do meio ambiente*. São Paulo: Contexto.
- Wang, J., Tseng, H., Chen, K., & al., e. (2007). Development and Testing of Screening Indicators for psychological Abuse of Older People. *Archives of Psychiatric Nursing* , Vol. 21, pp. 40-47.
- Wolf, R. (1988). Elder Abuse: Ten years later. *Journal of the American Geriatrics Society* , vol. 36, pp. 758-762.
- Work, H. a. (s.d.). *goliath.ecnext.com*. Obtido em 09 de 12 de 2007, de http://goliath.ecnext.com/free-scripts/document_view_v3.pl?item_id=0199-4343041...

ANEXO 1

Protocolo de Rastreio RNAR_75

CONSENTIMENTO INFORMADO

...

Declaro que fui informado (a) de todos os pormenores em relação ao presente instrumento de avaliação (PROTOCOLO DE RASTREIO PARA PESSOAS IDOSAS \geq 75 ANOS), no âmbito do projecto de investigação Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em Pessoas Idosas (\geq 75 anos) [RNAR_75].

Tomei conhecimento do tipo, duração e características do referido instrumento, bem como dos objectivos da sua realização. Em relação aos dados obtidos fica assegurada a reserva e o sigilo decorrentes da obrigação de segredo profissional das pessoas que procedem à aplicação do instrumento.

Nestas condições, é de livre vontade que dou consentimento para a realização da avaliação que me foi proposta, e para que os resultados sejam incluídos numa base de dados para posteriores análises.

____ / ____ / ____

Assinatura _____

A	Dados de Identificação Dados Sócio/Demográficos
A1. Sexo	
<input type="checkbox"/>	1. Feminino 2. Masculino
A2. Idade	
	_____ anos
A3. Estado Civil	
<input type="checkbox"/>	1. Solteiro(a) 2.Casado(a) 3.Viúvo 4.Separ/Divorc. 5. União de Facto
A4. Nível de Escolaridade	
<input type="checkbox"/>	1. Nunca frequentou a escola 2. Não completou o Ensino Primário 3. Ensino Primário 4. Ensino Preparatório 5. Ensino Secundário 6. Ensino Profissional 7. Ensino Universitário
A5. Naturalidade (Concelho)	

A6. Residência (Concelho)	

B	Dados de Identificação Caracterização Sócio/Económica do Idoso
B1. Refira os seus familiares mais directos	
	Cônjuge <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> n° _____ Netos <input type="checkbox"/> n° _____ Irmãos <input type="checkbox"/> n° _____ Sobrinhos <input type="checkbox"/> n° _____ Outros (especificar _____) n° _____ Outros (especificar _____) n° _____
B2. Se tem filhos (residência)	
	Na mesma freguesia n° _____ No mesmo concelho n° _____ No mesmo distrito n° _____ Na mesma casa n° _____
B3. Com quem vive actualmente?	
<input type="checkbox"/>	1. Vive só 2. Irmãos 3. Cônjuge 4. Sobrinhos/Parentes próximos 5. Filhos 6. Vizinhos/ amigos 7. Genros/Noras 8. Netos 9. Outros (especificar _____)
Como é a sua relação com as pessoas que estão mais próximas de si?	
_____ _____ _____	
(CODIFICAR RESPOSTA)	
<input type="checkbox"/>	Existem frequentemente discussões que resultam em agressões físicas entre os membros da família
<input type="checkbox"/>	Existem frequentemente discussões que resultam em agressões verbais entre os membros da família
<input type="checkbox"/>	Poucas vezes existem discussões entre os membros da família
<input type="checkbox"/>	Não há evidência de conflito entre as pessoas mais próximas da pessoa idosa; existindo um clima de estabilidade entre as membros da família

B

Dados de Identificação

Caracterização Sócio/Económica do Idoso

Tem conhecimento de que alguém próximo de si, consuma álcool em excesso ou drogas?

Sim ☐ Não ☐ Qual? álcool ☐ drogas ☐**B4. Quantas pessoas vivem na mesma casa?**

_____ pessoas

B5. No caso de precisar de algum tipo de ajuda, normalmente a quem recorre?

B6. Origem dos rendimentos (Valor Aproximado) *(Per capita - Rendimento do agregado familiar - considerado como as pessoas que vivem na mesma habitação)*
(Ver Respostas B3 e B4)
(Se não tem rendimentos colocar 0 €)**Grau de Parentesco**☐ Própria pessoa

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

☐ Cônjuge

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

☐ Filhos

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

☐ Outros _____

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

☐ Outros _____

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

C

Dados de Identificação

Situação Habitacional

C1. Localização

☐

1. Localizada na povoação
2. Isolada

C2. Tipo de habitação

☐

1. Casa unifamiliar
2. Apartamento/andar
3. Parte de casa
4. Alojamentos colectivos e casas de Dormidas
5. Barracas
6. Tendas/roulotes
7. Sem Abrigo
8. Outras _____

C3. Regime de Ocupação

☐

1. Própria
2. Arrendada
3. Cedida com a presença dos locatários ou donos da casa
4. Cedida sem a presença dos locatários ou donos da casa
5. "Ocupada"
6. Outra _____

C4. Ano de construção

☐

1. Antes de 1901
2. 1901 a 1950
3. 1951 a 1980
4. 1980 a 2000
5. Depois de 2001

C5. Número de divisões

☐

1. Até 2 divisões
2. 3 divisões
3. 4 divisões
4. 5 divisões
5. Mais de 5 divisões

C6. Infraestruturas

- ☐ Electricidade
- ☐ Ar condicionado
- ☐ Instalação de gás
- ☐ Frigorífico
- ☐ Água Canalizada
- ☐ Fogão
- ☐ Água quente
- ☐ Televisor
- ☐ Aquecimento
- ☐ Máquinas de lava a roupa
- ☐ Telefone

C7. Condições de Acessibilidade

- ☐ Barreiras Arquitectónicas
- ☐ Outros problemas de acessibilidade Quais? _____

D1a. Capacidade para usar o telefone:

- ☐ 1. Utiliza o telefone por iniciativa própria; procura e marca números, etc.
- ☐ 2. Marca alguns números que conhece bem
- ☐ 3. Atende o telefone mas não marca números
- ☐ 4. Não usa o telefone

D1b. Fazer compras:

- ☐ 1. Faz as compras que necessita sozinho
- ☐ 2. Compra sozinho pequenas coisas
- ☐ 3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra
- ☐ 4. Incapaz de fazer compras

D1c. Preparar refeições:

- ☐ 1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho
- ☐ 2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários
- ☐ 3. Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada
- ☐ 4. Necessita de refeições preparadas e servidas

D1d. Cuidar da casa:

- ☐ 1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: “trabalho doméstico pesado”)
- ☐ 2. Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama
- ☐ 3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza
- ☐ 4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- ☐ 5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica

D1e. Lavar a roupa:

- ☐ 1. Lava toda a sua roupa
- ☐ 2. Lava pequenas peças de roupa
- ☐ 3. É incapaz de lavar a sua roupa

D1f. Modo de transporte:

- ☐ 1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria
- ☐ 2. Não usa transportes públicos, excepto táxi
- ☐ 3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado
- ☐ 4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro
- ☐ 5. Incapaz de se deslocar

D1g. Responsabilidade pela própria medicação:

- ☐ 1. Toma a medicação nas doses e horas correctas
- ☐ 2. Toma a medicação se preparada e separada por outros
- ☐ 3. É incapaz de tomar a medicação

D1h. Habilidade para lidar com o dinheiro:

- ☐ 1. Resolve problemas monetários sozinho, como: passar cheques, pagar a renda
- ☐ 2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores
- ☐ 3. Incapaz de lidar com o dinheiro

D2a. Lavar-se

- ☐ 1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda
- ☐ 2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo
- ☐ 3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho

D2b. Vestir-se

- ☐ 1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda
- ☐ 2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos
- ☐ 3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo

D2c. Utilizar a sanita

- ☐ 1. Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e depeja-o de manhã, sem ajuda
- ☐ 2. Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite
- ☐ 3. Não consegue utilizar a sanita

D2d. Mobilizar-se

- ☐ 1. Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sem ajuda
- ☐ 2. Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda
- ☐ 3. Não se levanta da cama

D2e. Ser continente

- ☐ 1. Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas
- ☐ 2. Tem incontinência ocasional
- ☐ 3. É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância

D2f. Alimentar-se

- ☐ 1. Come sem qualquer ajuda
- ☐ 2. Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão
- ☐ 3. Necessita de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente, por sonda ou por via endovenosa

E**Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)**

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Está satisfeito com a sua vida? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 2. Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 3. Sente a sua vida vazia? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 4. Fica muitas vezes aborrecido(a)? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 10. Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 12. Sente-se inútil? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 13. Sente-se cheio(a) de energia? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 14. Sente que para si não há esperança? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o (a) senhor(a)? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

F**Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ)**

Instruções: Coloque as questões de 1-10 da lista e registe todas as respostas. Apenas faça a questão 4a se a pessoa não tiver telefone.

1. Qual é a data de hoje? ____ . ____ . ____ (mês . dia . ano)
2. Que dia da semana é hoje? _____
3. Qual é o nome deste lugar? _____
4. Qual é o seu número de telefone? _____
- 4a. Qual é a sua morada _____
5. Quantos anos tem? _____
6. Quando nasceu? _____
7. Quem é o Presidente da República actualmente? _____
8. Quem foi o Presidente anterior? _____
9. Qual o nome completo da sua mãe? _____
10. Subtraia 3 a 20 e continue a subtrair menos 3 a cada número novo, até ao mais baixo. _____

G

Indicadores de Risco Geriátrico

A. Distúrbios Nutricionais

Tem comido pior por falta de apetite?

Sim ☐ Não ☐

Peso _____ kg Altura _____ metros IMC _____

Tem perdido ou ganho peso sem razão aparente nos últimos 6 meses?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quanto? _____ Kg

Avaliação Antropométrica³

Peso _____ kg Altura _____ metros IMC _____

B. Polifarmácia

Quantos medicamentos diferentes está a tomar neste momento?

(Incluindo medicamentos venda-livre e suplementos vitamínicos/minerais/herbais)

C. Quedas

Teve alguma queda nos últimos 6 meses?

Sim ☐ Não ☐

Tem medo de cair?

Sim ☐ Não ☐Se *Sim*, deixou de fazer alguma das suas actividades habituais por causa desse medo?Sim ☐ Não ☐

D. Incontinência urinária

Alguma vez teve perda de urina quando não estava a contar?

Sim ☐ Não ☐Se *Sim*, alguma vez surgiu uma vontade repentina de urinar e não consegui chegar a tempo ao W.C?Sim ☐ Não ☐

Alguma vez teve perda de urina quando tossia, ria ou fazia algum esforço?

Sim ☐ Não ☐

E. Obstipação

Tem problemas de obstipação ("intestino preso")?

Sim ☐ Não ☐

F. Distúrbios sensoriais

Acha ou sente que tem algum problema de audição?

Sim ☐ Não ☐Resultado *Teste de Susurro*⁴Sim ☐ Não ☐

Acha ou sente que tem algum problema de visão?

Sim ☐ Não ☐Resultado *Teste de Jaeger*⁵Sim ☐ Não ☐

F. Distúrbios de Sono

Sente-se sonolento durante o dia?

Sim ☐ Não ☐

Está satisfeito com o seu sono?

Sim ☐ Não ☐

H

Índice de Comorbilidade de Charlson⁶

- ☐ Enfarte do Miocárdio
- ☐ Insuficiência Cardíaca
- ☐ Doença Arterial Periférica
- ☐ Doença Cerebrovascular
- ☐ Demência
- ☐ Doença Respiratória Crónica
- ☐ Doença do Tecido Conjuntivo
- ☐ Úlcera Gastroduodenal
- ☐ Hepatopatia Crónica Leve
- ☐ Diabetes
- ☐ Hemiplegia
- ☐ Insuficiência Renal Crónica Moderada/Severa
- ☐ Diabetes com Lesão em Órgãos Alvo
- ☐ Tumor ou Neoplasia Sólida
- ☐ Leucemia
- ☐ Linfoma
- ☐ Hepatopatia Crónica Moderada/Severa
- ☐ Tumor ou Neoplasia
- ☐ Sida definida
- ☐ _____

I

Escala de Depressão Geriatria (GDS-4)

Instruções: Coloque as questões de 1-10 da lista e registre todas as respostas. Apenas faça a questão 4a se a pessoa não tiver telefone.

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Está satisfeito com sua vida? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 2. Sente a sua vida vazia? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 3. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 4. Sente-se feliz a maior parte do tempo? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

J

Utilização de Serviços (nos últimos 7 dias)

Tratamentos especiais/terapias/Programas

Tratamentos especiais, terapias e programas recebidos ou com duração programada nos últimos 7 dias (ou desde o último contacto se foi durante os últimos 7 dias) e adesão ao esquema programado. Inclui serviços recebidos no domicílio.

A. Tratamentos de Saúde (exercidos por serviço profissional)

Terapias Respiratórias

- ☐ Oxigénio
- ☐ Nebulizações
- ☐ Ventilação Não-Invasiva (BIPAP/ CPAP)

Cuidados e Tratamentos

- ☐ Úlceras de Pressão
- ☐ Úlceras de Perna

J

Utilização de Serviços (nos últimos 7 dias)

Tratamentos especiais/terapias/Programas

continuação

Tratamentos especiais, terapias e programas recebidos ou com duração programada nos últimos 7 dias (ou desde o último contacto se foi durante os últimos 7 dias) e adesão ao esquema programado. Inclui serviços recebidos no domicílio.

A. Tratamentos de Saúde (exercidos por serviço profissional)

- ☐ Feridas Cirúrgicas
- ☐ Escoriações
- ☐ Mudança de sonda vesical
- ☐ Mudança de sonda nasogástrica

Monitorização e Vigilância de Enfermagem

- ☐ Diurese
- ☐ Tensão Arterial
- ☐ Glicemia Capilar

Cuidados de Ostomia

- ☐ Traqueostomia
- ☐ Gastrostomia Percutanea
- ☐ Colostomias
- ☐ Nefrostomias

☐ Tratamentos Intravenosos

☐ Transfusões de Sangue

☐ Tratamentos Programados

- ☐ Diálise
- ☐ Quimioterapia
- ☐ Radioterapia
- ☐ Programas tratamento álcool/drogas
- ☐ Outros _____

B. Terapias de saúde

- ☐ Fisioterapia
- ☐ Outros _____

C. Serviços Sociais

- ☐ Serviço de Apoio Domiciliário N° de horas por semana = _____h
- ☐ Centro de Dia / Convívio
- ☐ Outros _____

L

Avaliação de Violência e Maus Tratos contra a Pessoa Idosa

1. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si gritou consigo sem razão? Sim ☐ Não ☐
2. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si tem usado o seu dinheiro sem ser da sua vontade? Sim ☐ Não ☐
3. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si o empurrou ou bateu? Sim ☐ Não ☐

A. Situação familiar

- ☐ 1. Vive com a família sem dependência física/psíquica
- ☐ 2. Vive com o cônjuge de similar idade
- ☐ 3. Vive com a família e/ou cônjuge com algum grau de dependência.
- ☐ 4. Vive sozinho mas tem filhos próximos
- ☐ 5. Vive sozinho sem filhos

B. Situação económica⁷

- ☐ 1. Mais de 2 salários mínimos
- ☐ 2. De 2 salários mínimos até 1 salário mínimo
- ☐ 3. Desde ao salário mínimo até à pensão do sistema contributivo
- ☐ 4. Desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social
- ☐ 5. Sem rendimentos ou inferiores aos anteriormente apresentados

C. Habitação

- ☐ 1. Adequada às necessidades
- ☐ 2. Barreiras arquitectónicas na casa ou na entrada principal de acesso à habitação (degraus de escadas, portas estreitas, banheira...)
- ☐ 3. Humidade, fracas condições de higiene, equipamento inadequado (casa de banho incompleta, ausência de água quente e de aquecimento)
- ☐ 4. Ausência de elevador, telefone
- ☐ 5. Habitação inadequada (barracas, habitação em ruínas, ausência de equipamentos mínimos)

D. Relações sociais

- ☐ 1. Relações sociais
- ☐ 2. Relações sociais só com a família e com os vizinhos
- ☐ 3. Relações sociais só com a família ou vizinhos
- ☐ 4. Não sai do domicílio, mas recebe visitas
- ☐ 5. Não sai do domicílio nem recebe visitas

E. Apoio de Rede Social

- ☐ 1. Com apoio familiar ou de vizinhos
- ☐ 2. Voluntariado social, ajuda domiciliária
- ☐ 3. Não tem apoio
- ☐ 4. Pendente do ingresso numa instituição geriátrica
- ☐ 5. Tem cuidados permanentes

Aparência Física

Aspecto descuidado

Sim ☐ Não ☐

Equimoses em diferentes fases de evolução

Sim ☐ Não ☐**Contacto Serviços de Saúde**

Quantas consultas tem por ano com o seu médico?

_____(vezes)

Obstipação

As suas fezes são duras a maior parte das vezes?

Sim ☐ Não ☐

Faz muito esforço quando está a defecar?

Sim ☐ Não ☐**Problemas de sono**

Tem dificuldade em adormecer ou fica muito tempo acordado durante a noite?

Sim ☐ Não ☐Se *Sim*, quanto tempo?

_____(horas)

Tem esta dificuldade quantos dias por semana?

_____(dias)

Tem esta dificuldade à mais de seis meses?

Sim ☐ Não ☐

NOTAS

...

¹ *Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody* aplicada em forma de hetero-relato de capacidade de realização das actividades instrumentais de vida diária, com codificação por parte do entrevistador.

² *Índice de Katz* aplicada em forma de hetero-relato de capacidade de realização das actividades básicas de vida diária, com codificação por parte do entrevistador.

³ *Avaliação antropométrica*

Peso: apenas com roupa leve (sem sapatos, casacos ou objectos no bolso).

Altura: sem sapatos em posição erecta e pés juntos.

⁴ *Teste Sussurro*

1. O examinador deve ficar atrás das pessoas para evitar que haja leitura de lábios.
2. Colocar-se a uma distância de um braço da pessoa (0,60 cm).
3. Fazer uma expiração profunda e sussurrar uma combinação de 3 números ou letras (ex. 4- A- 6).
4. Se responder correctamente à totalidade da combinação = Positivo.
5. Se responder incorrectamente sussurrar uma segunda combinação com números e letras diferentes.
6. Se responder a 3 das 6 possíveis letras ou números = Negativo

⁵ *Teste Jaeger* (Teste visão curta distância)

1. Colocar o cartão a 35 cm da pessoa.
2. Instruir a pessoas para ler uma linha de cada vez.
3. Capacidade para ler até P6; J3; 20/40 (inclusive) = Positivo.
4. Incapacidade de ler linhas anteriores a P6;J3;20/40 =Negativo.

⁶ *Índice de Comorbilidade de Charlson*

Índice de Comorbilidade de Charlson aplicado de forma hetero-relatada e codificada pelo entrevistador.

ENFARTE DO MIOCÁRDIO

deve existir evidência na história clínica, de que o paciente foi hospitalizado por causa dele, ou evidências de que existiram alterações nas enzimas e/ou no ECG - 1

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

deve existir história de dispneia de esforços e/ou sinais de insuficiência cardíaca na exploração física que responderam bem ao tratamento com digitalicos diuréticos ou vasodilatadores. Os pacientes que estejam a fazer estes tratamentos, mas não pudemos constatar que houve melhoria clínica dos sintomas e/ou sinais, não se incluirão como tal - 1

DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

inclui falha intermitente, intervencionados com by-pass arterial periférico, isquémia arterial aguda e aqueles com aneurisma da aorta (torácica ou abdominal de mais de 6 cm de diâmetro - 1

DOENÇA CREBROVASCULAR

pacientes com AVC com sequelas mínimas ou AIT (Acidente Isquémico Transitório) - 1

DEMÊNCIA

pacientes com evidência na história clínica de deterioração cognitiva crónica - 1

DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA

deve existir evidência na história clínica, na exploração física e no exame complementar de qualquer doença respiratória crónica, incluindo DPCO e asma - 1

DOENÇA DO TECIDO CONJUNTIVO

inclui lúpus, plomiosite, doença mista, polimialgia reumática, artrite células gigantes e artrite reumatóide - 1

ÚLCERA GASTRODUODENAL

inclui aqueles que tenham recebido tratamento por úlcera e aqueles que tiverem sangrado por úlceras - 1

HEPATOPATIA CRÓNICA LEVE

sem evidência de hipertensão portal, inclui pacientes com hepatite crónica - 1

DIABETES

inclui os tratados com insulina ou hipoglicemiantes, mas sem complicações tardias, não se incluirão os tratados unicamente com dieta - 1

HEMIPLEGIA

evidência de hemiplegia ou paraplegia em consequência de um AVC ou outra condição - 2

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA MODERADA/SEVERA

inclui pacientes em diálise, ou com creatininas superiores a 3mg/dl objectivadas de forma repetida e mantida - 2

DIABETES COM LESÃO EM ÓRGÃOS ALVO

evidência de retinoptia incluem-se também antecedentes de cetoacidosis ou descompensação hiperosmolar - 2

TUMOR OU NEOPLASIA SÓLIDA

inclui pacientes com cancro, mas sem metástases documentadas - 2

LEUCEMIA

inclui leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, outras leucemias crónicas e todas as leucemias agudas - 2

LINFOMA

inclui todos os linfomas, waldstrom e mieloma - 2

HEPATOPATIA CRONICA MODERADA/SEVERA

com evidencia de hipertensão portal (ascite,varizes esofágicas ou encefalopatia) - 3

TUMOR OU NEOPLASIA SÓLIDA COM METÁSTASES - 6

SIDA DEFINIDA

não inclui portadores assintomáticos - 6

⁷ Dados de apoio para análises do *Item B da Escala de Gijon* (valores em vigor em 2007)

Salário Mínimo Nacional – 403 Euros

Montantes das Pensões

Regime Geral

Carreira Contributiva Valor da Pensão

Menos de 15 anos 230,16

De 15 a 20 anos 256,72

De 21 a 30 283,28

Igual ou superior a 31 354,10

Regime Especial – Actividades Agrícolas – 212,46 Euros

Pensão social – 177,05 Euros